

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR COMO COADYUVANTES EN LA ADHESION A LA REHABILITACION CARDIACA AMBULATORIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
I N V E S T I G A D O R
DRA. LUCIA BRAVO GOMEZ

ASESOR:
DRA. LIDIA BAUTISTA SAMPERIO
DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA



MEXICO D.F.

2005

m. 348282



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES

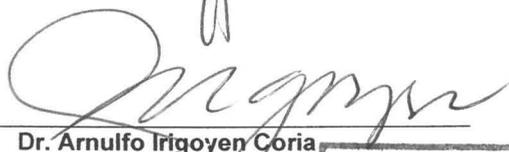

Dra. Patricia L. Pérez Sánchez
Coordinadora Delegacional de Investigación en Salud.

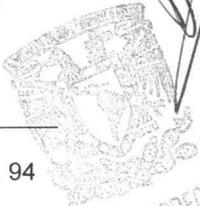

Dra. Guadalupe Garfias Garnica
Coordinadora Delegacional de Educación en Salud.


Dra. Ana María Cortes Aguilera
Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 94


Dra. Patricia Ocampo Barrio
Jefe de Educación Médica e Investigación UMF No. 94


Dra. Lidia Bautista Samperio
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar UMF No. 94
Asesor de Tesis.


Dr. Arnulfo Irigoyen Coria
Presidente de la Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C.
Asesor de Tesis.



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
JEFATURA DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN

A mi esposo y mejor amigo Román:

Gracias por brindarme de forma incondicional tu apoyo y comprensión en cada paso de mi carrera, sosteniéndome e impulsándome con tu amor y cariño para seguir adelante cada día.

Mis logros son tuyos y las metas son nuestras, a tu lado y juntos todo es posible.

Te amo.

A mis Padres:

Por todo el amor y apoyo que siempre me han brindado desde el día que nací.

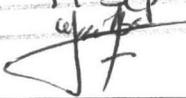
La mujer y profesionista que hoy soy se los debo a ustedes. Espero contar siempre con su guía y consejos.

Gracias.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recopilado.

NOMBRE: Lucia Bravo Gomez

FECHA: 19 Sep 2005

FIRMA: 

ESTRUCTURA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR COMO COADYUVANTES EN LA ADHESIÓN A LA REHABILITACIÓN CARDÍACA AMBULATORIA.

Dra. Lucía Bravo Gómez Dra. Lidia Bautista Samperio ** Dr. Arnulfo Irigoyen Coria ****

Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 94 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Objetivo: Evaluar la influencia de Estructura y Funcionalidad Familiar en la adhesión a la Rehabilitación Cardíaca Ambulatoria(RCA) del paciente postinfartado atendido en la UMF No. 94 del IMSS.

Material y Método: Se realizó estudio observacional, analítico, transversal y prolectivo; en pacientes postinfartados del miocardio, periodo 2003-2004 con muestreo por conveniencia. Con encuesta expofeso con los parámetros de adhesión a RCA; genograma, APGAR y FASES III para estructura y funcionalidad familiar. Aplicando estadística descriptiva; prueba no paramétrica ji cuadrada con corrección de Yates, valorando influencia de variables confusoras con r Spearman.

Resultados: En 24 pacientes postinfartados del miocardio los resultados fueron: por género masculino 23(95.8%); escolaridad primaria 14(58.3%); 5 años a más de evolución 12(50%), antecedente de 1 infarto 17(70.8%); composición de estructura familiar tanto nuclear como extensa con 12(50%). Con APGAR buena funcionalidad en 9(37.5%) y con FACES III moderadamente balanceada 13(54.2%). Adhesión a RCA mínima 14(58.3%) y completa 10(41.7%). La adhesión con relación a estructura reportó: familia nuclear adhesión mínima 4(16.7%), completa 8(33.3%); familia extensa adhesión mínima 10(41.7%), completa 2(8.3%). Para funcionalidad y adhesión aplicando APGAR, buena funcionalidad y adhesión 9(37.61%); con FACES III en balanceadas y extremas con adhesión 11(45.8%); balanceada y rangos medios 3(12.5%); observando diferencia significativa entre variables e influencia de estructura y funcionalidad con una p menor a 0.05

Conclusiones: La composición de la estructura sobre todo la nuclear y la buena funcionalidad familiar influyen significativamente en la adhesión del paciente a la rehabilitación cardíaca ambulatoria.

Palabras Clave: Rehabilitación Cardíaca Ambulatoria, Estructura Familiar, Funcionalidad Familiar.

* Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No. 94 IMSS

** Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No. 94 IMSS

*** Presidente de la Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C.

Índice:

	Página
• Marco Teórico	4
• Antecedentes Científicos	14
• Planteamiento del Problema.	16
• Objetivos del Estudio.	17
• Hipótesis	17
• Especificación de Variables	17
• Identificación de Variables	19
• Universo de Trabajo	24
• Población de Estudio	24
• Determinación del tamaño de la muestra	24
• Tipo de Muestreo	24
• Procedimiento para la obtención de la muestra	24
• Diseño de Estudio.	24
• Criterios de Inclusión, no inclusión y exclusión	25
• Descripción y Validación del Instrumento	25
• Descripción del Programa de Trabajo	26
• Análisis Estadístico.	27
• Difusión de Resultados.	28
• Consideraciones Éticas del Estudio.	28
• Resultados	29
• Cuadros y Figuras	33
• Análisis de Resultados.	47
• Conclusiones.	49
• Sugerencias.	50
• Bibliografía.	51
• Anexos	54

Marco Teórico.

Desde su inicio, la medicina de familia ha sostenido que un médico de atención primaria completo ha de comprender y relacionar a cada uno de los pacientes en el contexto de la familia y del entorno social. Al avanzar la medicina de familia hacia el siglo XXI, cada vez existe un fundamento más claro para respaldar el que las cuestiones relacionadas con la familia continúen siendo un componente básico de esta especialidad. Incluso cuando el tratamiento médico y el medio en el que se ejerce la medicina sean cada vez más complejos desde el punto de vista tecnológico, los médicos de familia continúan con la responsabilidad de comprender la forma en la que las familias influyen en otros familiares y a menudo en toda la familia, y el modo en que las familias responden a las situaciones de estrés y las tensiones desencadenadas por los cambios del ciclo de vida normal y por las circunstancias relacionadas con la salud. Los médicos de familia deben continuar utilizando este conocimiento para aumentar su capacidad de intervención con el fin de mejorar la salud de los pacientes y de las comunidades. Durante su trabajo para prestar una asistencia sanitaria dentro de un marco biopsicosocial, los médicos de familia deben continuar encontrando mejores métodos para comprender a las familias, ayudarlas en la asistencia a los familiares enfermos en el hogar y facilitarles la adopción de unos estilos de vida sanos que vayan unidos a la mejora de la salud.⁽¹⁾

La familia es el contexto social primario para el tratamiento de la enfermedad y la promoción de la salud, cabe recordar que transmite algunas enfermedades de manera directa a través de la transferencia biológica del DNA, es por ello que algunos individuos son más vulnerables a numerosas enfermedades graves; sin embargo, resulta frecuente que estas enfermedades no estén determinadas genéticamente al 100%. Los patrones de conducta de larga duración pueden reducir o exagerar los riesgos genéticos. Tanto estos riesgos como la conducta relacionada con la enfermedad tienen sus orígenes en la unidad familiar; por lo tanto, los riesgos genéticos se ven agravados por los patrones de conducta generados en el seno familiar.⁽¹⁾

Se puede mejorar la influencia positiva del médico en la salud de un individuo mediante la inclusión de otros familiares en el plan de cuidados. El enfoque tradicional de asistencia médica a menudo no tiene en cuenta la importancia de integrar a los familiares en la asistencia de los individuos y perpetúa el "mito de dúo en la práctica médica". Al invitar a los familiares clave a acudir a la entrevista médica podemos crear un "triángulo terapéutico" como unidad básica de la interacción médica que siempre incluye a los componentes paciente-familia-médico.⁽¹⁾

La pareja y la familia pueden ser conceptualizadas como sistemas, lo cual implica, como en todo sistema, mucho más que la mera suma de sus partes y no alcanzan para definirlos sólo los atributos de los individuos que las componen. Como entidades, conforman unidades con historia y dinámica propias que actúan como el medio en el cual, continuamente, ocurren transacciones interpersonales. Cualquier cambio externo o interno repercute en la familia afectando su equilibrio. Estas reacciones alcanzan a veces un grado tal que pueden registrarse como signos o síntomas patológicos.⁽²⁾

Toda enfermedad puede amenazar el curso del ciclo evolutivo familiar. Las necesidades familiares pueden quedar subordinadas a las necesidades del miembro enfermo, depende de varios factores propios de cada familia, entre ellos es la estructura o composición, los vínculos y relaciones familiares, las herramientas al interior de la propia familia, el manejo del estrés, etc., lo que puede desencadenar conductas sobre protectoras o de predominio del statu quo en respuesta al estrés agudo o crónico que se genera. Se puede decir que las enfermedades tienen la virtud de acercar o de alejar a los miembros familiares. ⁽²⁾

Ante una enfermedad (en especial crónica) los miembros de la familia pueden organizarse de diferentes maneras. Existen potencialmente dos extremos: unirse y centrarse en la discapacidad perjudicando la independencia de todos los miembros o desintegrarse, distanciándose unos de otros. Entre estos dos extremos existe una gama de posibilidades intermedias. La conducta que adopte la familia se vincula directamente con la fase del ciclo vital que está atravesando, la estructura y el funcionamiento familiar anterior a la enfermedad, el tipo de enfermedad y la red de apoyo comunitario y profesional. El impacto de la enfermedad es considerable y exige cambios de roles y redistribución de tareas. ⁽²⁾

Toda enfermedad plantea exigencias familiares, supone cambios en las rutinas e implica un desequilibrio inicial que puede no ser revertido con rapidez, y puede resultar inadecuado. Algunas familias con características estructurales particulares pueden verse tan sobrecargadas que la crisis por la enfermedad misma les resulta magnificada. ⁽²⁾

La superposición temporal de sucesos importantes dentro del ciclo vital produce acumulación de estrés, lo cual complica y sobrecarga las tareas adaptativas. La coincidencia es importante de rastrear como parte rutinaria de la evaluación de la familia, aun cuando no se presente en el inicio relacionada con la demanda manifiesta. ⁽²⁾

Cuando un trastorno se entrelaza con el desarrollo familiar y absorbe gran parte de las rutinas (por ejemplo el alcoholismo, o cualquier enfermedad crónica) se establecen pautas rígidas y repetitivas que reducen las oportunidades de cambio. En estos sistemas está aumentada la vulnerabilidad en los momentos de transición. La forma e intensidad que tiene la enfermedad para alterar el equilibrio familiar depende de su naturaleza, de la flexibilidad del sistema ante el cambio de las circunstancias, de la historia de la familia con respecto a las enfermedades y del momento en que aquella aparece dentro del ciclo vital. ⁽²⁾

Aceptar la enfermedad es una tarea evolutiva. Las demandas que esta aceptación implica tienen que ver con los cambios a incorporar en el funcionamiento familiar. Para muchos, enfrentar los efectos de una enfermedad significa salirse del curso normal. Cuando ello ocurre así resulta más difícil la reubicación. ⁽²⁾

Existen ciertos signos que pueden alertar al médico acerca de las dificultades familiares para afrontar la enfermedad: la exclusión del hogar del enfermo, el divorcio, síntomas funcionales en algunos miembros de la familia, coaliciones intergeneracionales, mala adherencia a los tratamientos, sentimientos de culpa exagerados o desesperación, evitar hablar de la enfermedad, secretos o negación de la gravedad de la enfermedad.⁽²⁾

Cuanto más intenso es el estrés que acompaña a la enfermedad, mayores son la disfunción y el desequilibrio familiar concomitantes. La enfermedad puede crear de ese modo una detención mayor en el ciclo evolutivo. Y esto sólo volverá a ponerse en movimiento cuando la familia "aprenda" de la experiencia. Será la particular conexión que ella realice entre lo pasado y lo presente la que va ayudar o no en la mejor resolución de la crisis.⁽²⁾

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de funcional o disfuncional es por ello que podemos entender a la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada un a de las etapas del ciclo vital y las crisis que atraviesa.⁽³⁾

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan la manera de interacción de los miembros de una familiar las cuales son complementarias, regulan muchas situaciones de la familia y constituyen las pautas transaccionales a través de las cuales una familia funcional. En general, la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse de acuerdo con las circunstancias, de modo que permita a todos los miembros como grupo, enfrentar nuevas situaciones sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus integrantes.⁽³⁾

El Infarto al Miocardio es una entidad que deja una lesión la cual limita la actividad del paciente en diversos aspectos y así mismo requiere rehabilitación, por lo cual se convierte en un paciente con una enfermedad crónica. El infarto de miocardio es uno de los diagnósticos más comunes en los enfermos hospitalizados de los países industrializados. En Estados Unidos ocurre cerca de 1.5 millones de infartos de miocardio cada año. La tasa de mortalidad del infarto agudo se aproximó al 30%, y más de la mitad de las muertes ocurren antes de que el sujeto afectado llega al hospital. La tasa de mortalidad del infarto después del ingreso se ha reducido en un 30 % en los últimos dos decenios, pero aproximadamente uno de cada 25 enfermos que sobreviven al ingreso inicial fallece durante el primer año después del infarto. La supervivencia disminuye notablemente entre los enfermos mayores (más de 65 años), cuya mortalidad es de un 20% al cabo de un mes y de un 35% un año después del infarto.^(4, 5, 6)

El infarto de miocardio (IAM) suele ocurrir cuando disminuye bruscamente el flujo coronario después de una oclusión trombótica de una arteria coronaria, ya estrechada por aterosclerosis. La estenosis de las arterias coronarias de alto grado, de desarrollo lento no suelen precipitar un infarto agudo, ya que con el tiempo se establece una

generosa red colateral. En cambio, el infarto ocurre cuando se produce rápidamente un trombo en una arteria coronaria en una zona de lesión vascular. La lesión es producida o facilitada por factores tales como el tabaco, la hipertensión y el depósito de lípidos. Generalmente, el infarto sucede cuando se fisura, rompe o ulcera la placa de ateroma, y cuando las circunstancias (locales o sistémicas) favorecen la trombogénesis, de tal modo que se establece un trombo mural en el lugar de la rotura que ocluye la arteria coronaria. Los estudios histológicos indican que las placas coronarias propensas a la rotura son aquellas con un núcleo lipídico abundante y un casquete fibroso fino. Una vez que se establece la monocapa inicial de plaquetas en la zona de rotura de la placa, diversos agonistas (colágeno, ADP, adrenalina, serotonina) inician la activación plaquetaria. Después de la estimulación por los agonistas se observa una producción y liberación de tromboxano A₂ (compuesto que induce vasoconstricción), continúa la activación plaquetaria y se establece una resistencia potencial a la trombólisis. ^(4, 5, 6, 7)

Rara vez el infarto puede obedecer a una obstrucción de la arteria coronaria causada por émbolos coronarios, anomalías congénitas, espasmo coronario y una amplia gama de enfermedades sistémicas, sobre todo inflamatorias. En última instancia, el grado de lesión miocárdica producido por la obstrucción coronaria depende del territorio irrigado por el vaso lesionado, la obstrucción completa o no del mismo, los factores nativos que determinan la disolución precoz y espontánea del trombo oclusivo, la cantidad de sangre suministrada por los vasos colaterales al tejido afectado y la demanda de oxígeno del miocardio cuyo aporte sanguíneo se ve súbitamente reducido. ^(4, 5, 6, 7)

Los enfermos con mayor riesgo de infarto agudo de miocardio son los que tienen angina inestable o angina variante de Prinzmetal o bien varios factores de riesgo coronario. Algunas enfermedades menos comunes que predisponen al infarto son la hipercoagulabilidad, la colagenosis, el abuso de cocaína y los trombos o masas intracardiácos que provocan émbolos coronarios. ^(4, 8)

La prevención secundaria incluye métodos farmacológicos y de conducta que se ha demostrado que reducen el riesgo de recidiva del infarto de miocardio y de muerte en los pacientes con cardiopatía isquémica. Estos tratamientos implican en gran medida la mejora o el control de la función ventricular izquierda dañada y el tratamiento amplio de los factores de riesgo asociados con aterosclerosis para reducir los episodios isquémicos futuros y estabilizar la enfermedad subyacente. ⁽⁹⁾

La rehabilitación cardíaca en el hospital desempeña un papel clínico y psicológico importante. En primer lugar, ayuda al paciente en el proceso de recuperación del desacondicionamiento y los cambios fisiológicos que se producen tras el IM. En segundo lugar, infunde confianza y proporciona al paciente alguna seguridad de que podrá volver a los niveles de actividad normal. Por último, es una introducción importante a la rehabilitación cardíaca ambulatoria, que ha demostrado ser segura, con buena relación costo-eficacia y que mejora la supervivencia, la capacidad de ejercicio y el bienestar. La prescripción de este tratamiento se ha recomendado firmemente y debería considerarse equivalente a la prescripción de un beta-bloqueante o fármaco reductor del colesterol tras el IM. ⁽¹⁰⁾

En 1964 la Organización Mundial de la Salud definió a la rehabilitación cardíaca como “ la suma de actividades requeridas para el mejoramiento cardíaco de pacientes con las mejores condiciones posibles físicas, mentales y sociales que se puedan, con su propio esfuerzo; recobrando tanto como sea posible un lugar en la comunidad y con una vida activa”. Esta definición sugiere que todos los pacientes con enfermedad cardíaca reciban algún tipo de rehabilitación, a través del apoyo psicológico de su familia, sus propios esfuerzos y una atención en un programa formal. Una definición más reciente por los Servicios de Salud pública de Estados Unidos establece que los servicios de rehabilitación comprenden un programa de evaluación médica a largo plazo, prescripción de ejercicios, modificación de factores de riesgo, educación y asesoría psicológica.⁽¹¹⁾ Las fases de la rehabilitación cardíaca son: 1) Aguda (en el hospital); 2) Subaguda (ambulatoria, recuperación); 3) Intensiva (ambulatoria); y 4) Continuada (ambulatoria, largo plazo).⁽⁹⁾

Estos niveles no se siguen necesariamente en un sentido cronológico, sino que tras la valoración por parte del personal de rehabilitación (terapia física, terapia ocupacional o personal especializado en rehabilitación cardiopulmonar), se elegirá un nivel apropiado para cada paciente individual y para cada situación. Comenzando por actividades y ejercicios en cama el día 1 (asumiendo estabilidad hemodinámica), las actividades se incrementan, de modo que al dar de alta al paciente debe ser capaz de completar todas las actividades de la vida diaria y de caminar unos pocos minutos.⁽¹⁰⁾

La rehabilitación también proporciona la oportunidad de enseñar a los pacientes el papel del ejercicio en la mejora de la supervivencia y de la calidad de vida, y el personal puede también ayudar a otros miembros del equipo a reforzar los conceptos de dieta, adaptación a la medicación y la importancia de un seguimiento cuidadoso.^(10, 13)

La hospitalización por IM agudo centra la atención del paciente y de su familia, éste enfoque intensivo, aunque a menudo temporal, proporciona al equipo de atención la oportunidad de implicarse en un amplio rango de actividades educativas que incluyen: 1) Comprensión de lo que significa un ataque cardíaco y de su origen; 2) Comprensión de las pruebas y tratamientos; 3) Proceso de recuperación; 4) Cómo identificar los síntomas cardíacos y qué hacer al respecto, y 5) Comprensión de los factores de riesgo y qué hacer con ellos.⁽¹⁰⁾

Este proceso educativo es responsabilidad de todo el equipo, y todos sus miembros deben dar un mensaje coherente al paciente y a su familia. El equipo está compuesto por la enfermera, el médico y los especialistas en rehabilitación cardíaca, nutrición y farmacia; cada contacto con el paciente debe reforzar el mensaje.⁽¹⁰⁾

Los aspectos importantes en relación con las causas del ataque cardíaco incluyen el concepto de estenosis coronaria, cómo se forman los coágulos y reduce el flujo sanguíneo y cómo la reducción del flujo sanguíneo produce la muerte de una parte del corazón.⁽¹⁰⁾

El paciente y su familia se beneficiarán también de conocer cómo se trata el IM agudo. Los pacientes y los familiares suelen estar preocupados por la recuperación del IM agudo. El personal de rehabilitación cardíaca, las enfermeras y el médico pueden desempeñar un papel importante en explicar el futuro. La vuelta al trabajo puede producirse incluso a las 3 semanas, dependiendo del esfuerzo que éste requiera. Pueden hacerse viajes locales a las 2 semanas, si bien los viajes a larga distancia son probable que deban retrasarse hasta 4 a 6 semanas. La actividad sexual se puede reanudar tras una prueba de estrés normal con tratamiento. Es importante hacer saber al paciente y a su familia que un IM no significa “el fin de la vida”, sino más bien “un cambio de vida”, y que con un tratamiento médico adecuado y seguimiento, el futuro no es sombrío.^(10, 13)

Una parte muy importante del proceso educativo consiste en enseñar al paciente y a su familia lo que deben hacer ante los síntomas cardíacos en el futuro. Los pacientes deben conocer qué es la angina clásica y como a veces el dolor cardíaco no se parece al de esta última. Además, reconocer con exactitud cuándo tomar nitroglicerina (nebulización o comprimidos sublinguales), que siempre deben llevar consigo, y que cuando tomen el tercer comprimido deben avisar al servicio de urgencias. Más aún, hay que dar a los miembros de la familia un curso de reanimación cardiopulmonar.⁽¹⁰⁾

La educación con respecto a la prevención secundaria es un aspecto clave en el cuidado del paciente tras el IM, esto incluye los siguientes aspectos:

1. *Abandono del tabaco.* Dado que el hábito de fumar contribuye en gran medida a la incidencia y prevalencia de la aterosclerosis, los beneficios de abandonar el tabaco son claros. Si el paciente tiene éxito en el programa de deshabituación se sabe que el riesgo miocárdico se normaliza después de unos 2 años.
2. *Diabetes.* Todos los diabéticos deben ser tratados agresivamente para que su hemoglobina glucosilada sea inferior al 7% y su glucosa se mantenga tan cerca de 100 mg/dl como sea posible.
3. *Hipertensión.* Deben saber que es tan importante la presión sistólica como la diastólica, y que el objetivo es una presión arterial menor de 140/90 mmHg. Puede ser útil que el paciente monitorice su presión arterial en casa.
4. *Control del peso.* Aunque hay muchas interacciones entre el peso, los lípidos séricos y la presión arterial, parece claro que el peso elevado ejerce un impacto independiente sobre la supervivencia y las tasas de complicaciones. Los pacientes deben comprender el impacto de la obesidad y que la pérdida de peso mejorará su pronóstico.
5. *Ejercicio.* Se ha demostrado en numerosos estudios que el ejercicio regular mejora los resultados cardiovasculares. Las recomendaciones incluyen 20-30 minutos de marcha rápida 3 a 7 veces a la semana con el fin primordial de elevar la frecuencia cardíaca al 60-70% del máximo previsto. Alternativas a la marcha son nadar, el ciclismo y otros ejercicios aeróbicos con varios tipos de equipamiento.
6. *Lípidos.* Los pacientes deben comprender la importancia de controlar los lípidos y se les debe enseñar que el objetivo es un colesterol “malo” inferior a 100mg/dl. La combinación de dieta, ejercicio y medicación suele ser necesaria para

alcanzar este objetivo. Los pacientes con enfermedad coronaria deben conocer su colesterol LDL, así como su presión arterial y su peso.

7. *Vigilancia.* Los pacientes deben aprender a reconocer los síntomas de la isquemia cardíaca, alentándoles a que informen a su médico de inmediato los síntomas significativos.^(10, 11, 13)

La Rehabilitación cardíaca incluye a un equipo multidisciplinario que se enfoca en la educación, valoración de la tolerancia individual al ejercicio, modificación de los factores de riesgo y optimización del estatus y salud mental. En esta área se incluye la evaluación de las nuevas modalidades de prevención secundaria y opciones de programas alternativos los cuales se basan en la rehabilitación en casa.^(11, 14)

Los efectos benéficos de la rehabilitación incluye una mejor tolerancia al ejercicio (sin complicaciones significativas), disminución de los síntomas, mejoramiento de los niveles de lípidos, reducción del tabaquismo, mejoramiento del estado psicosocial y reducción del porcentaje de muerte por enfermedad cardiovascular. Efectos benéficos adicionales incluyen el mejoramiento en la calidad de vida, el restablecimiento de la persona a su trabajo y la reducción del costo en el tratamiento hospitalario subsecuente.^(11, 12, 13)

La Rehabilitación Cardíaca puede reducir la mortalidad arriba de un 25%, sin embargo solo 40% de los pacientes en Canadá y en Estados Unidos son referidos para rehabilitación (oscilando en ocasiones entre el 10 al 40%). Las razones para este bajo porcentaje de referencia se relaciona con el limitado acceso y fondos limitados para programas eficaces, la falta de modificación de factores de riesgo bajo tratamiento psicológico (estableciéndolo como parte formal del programa parece innecesario) y el escepticismo por parte de los profesionales de la salud acerca de los alcances del programa.⁽¹¹⁾

Los puntos que incluye el programa en su fase ambulatoria son:

- 1) Educación del Paciente. Incluye también a la familia, y se dan aspectos acerca de la enfermedad, los factores de riesgo, y el programa de rehabilitación cardíaca.
- 2) Programa de Ejercicio. Debe ser individualizado de acuerdo a las condiciones generales del paciente y las patologías concomitantes; aeróbico y en términos generales puede realizarse con caminata 30 minutos al día 3 a 7 veces a la semana, también puede suplirse con natación o bicicleta.⁽¹⁴⁾
- 3) Manejo de los niveles de Lípidos. Este se realizará con dieta o medicamentos según sea necesario con el objetivo de tener LDL menores de 2.5 mmol/L y HDL en niveles mayores de 1.0 mmol/L y niveles de triglicéridos menores de 1.8 mmol/L.
- 4) Abandono del Tabaquismo. El dejar de fumar reduce el riesgo de infarto al miocardio y muerte en un 40 a 60 %.
- 5) Control de la Presión Arterial. Debe encaminarse a tener cifras de presión arterial menores de 140/90 mmHg.

- 6) Optimización del Peso. La obesidad es definida como un índice de masa corporal mayor de 27 y es relativamente común en adultos, esta asociada con hipertensión, diabetes mellitus no insulino dependiente y enfermedad coronaria. Los programas deben ser individualizados y tienen como objetivo disminuir la ingesta de grasas en la dieta, disminuir las concentraciones de azúcares y disminuir también las porciones de comida; asociados a un programa de ejercicio.
- 7) Manejo de la Diabetes Mellitus. Los pacientes con Diabetes Mellitus tienen 2 a 5 veces más riesgo de enfermedad coronaria que los pacientes que tienen normoglucemia. El control debe estar con cifras de hemoglobina glucosilada menores de 7% y cifras de glucemia menores o iguales a 110 mg/dl.
- 8) Maximización del bienestar psicosocial. La depresión y la segregación social asociada al IM aumentan significativamente el riesgo de muerte, por lo tanto los programas de rehabilitación cardíaca deben proveer apoyo psicológico. ^(9, 10, 11, 12, 13)

A pesar de que se encuentran bien documentados los beneficios del programa de rehabilitación cardíaca incluyendo la disminución de la mortalidad que sigue al infarto al miocardio solo una tercera parte de los pacientes participa en alguno de estos programas. La adherencia a este programa es también un gran problema, ya que solamente uno de cada tres pacientes se mantiene en la atención del programa después de 6 meses. Algunos de los factores consistentes asociados con la participación en el programa de Rehabilitación Cardíaca incluyen: la no referencia del paciente por el médico, enfermedades asociadas, algunos diagnósticos cardíacos específicos, la manera en la que se perciben los beneficios del programa, la distancia y la transportación, el autoconcepto, la motivación del paciente, el autoestima, la composición de la familia, el soporte social, y la ocupación. Dentro de los factores asociados con la no-adherencia se incluyen factores como: estigmatizar la pertenencia a la tercera edad, género femenino, tener pocos años de educación formal, la forma en la que perciben los beneficios del programa de Rehabilitación Cardíaca, tener angina, y tener poca actividad física durante el tiempo de ocio prolongado. ^(15,16,17)

Se ha establecido que la mayor adherencia al programa es durante los primeros 3 a 6 meses y después de 6 meses solo 30 a 60% de los pacientes atendidos en un programa de RC continua participando en algún programa de ejercicios. ⁽¹⁵⁾ Mientras el problema de la adherencia al programa de RC ha sido extensamente estudiado, los atributos que caracterizan la adherencia o la no adherencia al programa han sido poco establecidos. ⁽¹⁷⁾

Algunos puntos para facilitar la adherencia y participación de los pacientes al programa de RC son los siguientes:

- Es necesario una historia clínica completa para reclutar a los pacientes que inicialmente participarán en los programas de ejercicio. Esto logra que el paciente se mantenga en el programa. ⁽¹⁷⁾

- La participación en el programa de RC se puede incrementar al hacer un programa por los profesionales de la salud y las organizaciones de salud. Haciendo énfasis en la reducción de los factores de riesgo y los cambios en el estilo de vida y no solo en la dieta o el ejercicio.⁽¹⁷⁾
- Para reducir el problema de la no referencia por parte de los médicos, es recomendable acercar a los médicos a los programas de investigación continua.⁽¹⁷⁾
- Dentro de las barreras para la adhesión al programa de RC está la percepción del mismo y de sus beneficios para lo cual los profesionales en la salud deben a través de la educación del paciente vencer esta barrera.⁽¹⁷⁾
- Establecer un programa de rehabilitación cardíaca en el domicilio del paciente puede disminuir el problema de la accesibilidad y reducir el costo en el hospital. Este beneficio en particular es para pacientes de bajo riesgo.⁽¹⁷⁾
- Los pacientes con factores de riesgo conocidos para la no adherencia o la no participación en programas de RC (como edad avanzada, ser mujer, motivación, soporte social, etc.) deben ser identificados después del IM y educados acerca de los beneficios del programa de RC. Estos pacientes deben ser referidos a un programa formal de RC.⁽¹⁷⁾
- Los servicios de RC deben ser lo suficientemente flexibles para adaptarse a las diferentes personalidades, la variación en las capacidades del paciente y las diferencias de género.⁽¹⁷⁾
- Ice sugiere que el paciente debe adherirse a un programa de RC en un lapso no mayor a 3 semanas del evento, el encontró que esto aumenta la adherencia al mismo.⁽¹⁷⁾

Todo médico debe conocer el grado de cumplimiento de sus indicaciones por parte de sus pacientes. A menudo ocurre que los médicos se encuentran con el problema de que aquellos no siguen las indicaciones de tomar la medicación o no concurren a las citas, con la consiguiente percepción del profesional del que la consulta resulto un ejercicio inútil. Aún cuando las conductas médicas sean avaladas por la mejor evidencia científica que beneficie a los pacientes, la falta de cumplimiento de los consejos médicos es una fuente de frustración y, a la vez, un interesante estímulo para la investigación.⁽²⁾

Se denomina adherencia al grado de coincidencia de la prescripción clínica con la conducta del paciente (en términos de cumplir con las citas o la medicación, seguir una dieta, y otros cambios en el estilo de vida). Para que se pongan en juego estos cambios debe haber una buena combinación de mutualidad (médico-paciente) con responsabilidad. En esta nueva dimensión podríamos decir que la adherencia es el grado de cooperación y acuerdo ente el médico y el paciente respecto al manejo de los regímenes y ésta caracterizada por la comprensión y la aceptación de estos regímenes por el paciente.⁽²⁾

Muchos estudios han demostrado que, sin importar el tratamiento en cuestión, los pacientes complacientes tienen mejores resultados que los que no lo son. La falta de

adherencia en la práctica clínica cotidiana origina interrupción del curso del tratamiento, innecesarios procedimientos diagnósticos y terapéuticos y dudas de los pacientes acerca de la eficacia del tratamiento. Los médicos suelen atribuir la falta de adherencia a factores como pobreza, ignorancia, indiferencia o a un inapropiado sistema de valores. Cada uno de estos factores contribuye en parte a la falta de adherencia, pero la suma de todos no alcanza a explicar el fenómeno. ⁽²⁾

En una lista de prioridades, muchas personas ubican a la salud en un situación lejana respecto de otros valores, Los médicos necesitan ser más sensibles a estas realidades, ya que, por lo general, tienden a sobreestimar el grado de adherencia de sus pacientes y a fallar cuando tienen que detectar a los no adherentes. Otro error muy común de los médicos es aceptar lo que el paciente dice cumplir como una manifestación verdadera de adherencia; vale decir, creer que la evaluación de la adherencia se basa simplemente en preguntar si ésta haciendo lo que se le indicó. ⁽²⁾

Dentro de los componentes de la adherencia del paciente a su tratamiento se encuentran: a) las creencias (verdadera o falsa información), Motivos (sentimientos y necesidades), Acciones (hábitos y destrezas) y Medio ambiente (Influencias sociales e ideológicas del medio ambiente –hogar, trabajo, familia proveedores de salud-). ⁽²⁾

El monitoreo del cumplimiento de la medicación se puede llevar a cabo de la siguiente manera: a) Observación directa, b) Entrevistas a los pacientes, c) Conteo de píldoras, d) Registros farmacéuticos, e) Mediciones en sangre y orina del fármaco o de sus metabolitos, f) Marcadores de drogas, g) Mediciones de efectos biológicos esperados, h) Dispensadores electrónicos, etc. ⁽²⁾

Antecedentes Científicos.

Algunos estudios han encontrado que la percepción individual de la eficacia predice la adherencia al programa de ejercicios de RC^(14,15), del reconocimiento del beneficio de algunos de los parámetros de la RC puede citarse: El ensayo de Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) que demostró el efecto de las estatinas sobre la morbimortalidad cardiovascular, en este 4,444 hombres y mujeres con un diagnóstico de cardiopatía isquémica e hipercolesterolemia [rango 213-310 mg/dl (5.5-8.0 mmol/l), fueron seguidos durante 5.4 años. El tratamiento con simvastatina se tradujo en una reducción del 25% del colesterol total y del 35% en el colesterol LDL., con una reducción muy significativa de la mortalidad por cardiopatía isquémica del 42%. Se produjo también un descenso del 37% en los procedimientos de revascularización y del 28% en los ictus. Los beneficios se observaron en los pacientes ancianos y también en los jóvenes.⁽¹⁸⁾

La prescripción de ejercicio en pacientes cardíacos es comparable con muchas formas de prescribir medicamentos, la recomendación óptima depende de las características clínicas individuales del paciente. El esfuerzo mínimo de 1600 kcal/semana puede favorecer la progresión de enfermedad coronaria, en comparación con la regresión y mejoramiento de la enfermedad en pacientes que gastan 2200 kcal/semana. El ejercicio aeróbico reduce en un 10% la mortalidad por enfermedad cardiovascular. El apego al ejercicio depende de que se evalúen los factores socioeconómicos, culturales y clínicos de cada paciente.⁽¹⁹⁾

El dejar de fumar después de un infarto al miocardio reduce el riesgo de muerte en un 40 a 60%, reduce así mismo el riesgo de falla cardíaca y la incidencia de angina. Por lo cual una inclusión en un programa de rehabilitación cardíaca combinado con una educación adecuada logra que 17 a 26% de las personas que fumen lo dejen.⁽¹⁰⁾

Se realizó un estudio en una clínica de Atención Primaria en Cornwall con una población de 98500 personas sobre rehabilitación y prevención secundaria por Hasnain M. Dalal el cual plantea la importancia de ofrecer en tiempo y forma adecuada la rehabilitación cardíaca, para lograr una prevención secundaria efectiva y benéfica para este grupo de pacientes. En un total de 106 pacientes se les ofreció una rehabilitación cardíaca adecuada desde la fase hospitalaria y a otro grupo en centros de atención primaria y/o domicilio por el personal paramédico con un manual educativo, teniéndose como resultado que en el primer caso la adhesión al programa fue del 49% mientras en el segundo grupo fue del 87%, midiendo la adhesión al mismo al lograr cifras de TA <140/85mmHg, colesterol total de <5.0 mmol/L, el lograr el abandono del hábito de fumar y con un adecuado índice de masa corporal (IMC).⁽²⁰⁾

Mike J. Macintosh en un estudio cualitativo respecto también a prevención secundaria, realizado en el Norte de Inglaterra en el, se evaluó los cuidados otorgados en atención primaria para la Rehabilitación Cardíaca, durante el estudio se observó que la atención otorgada en estos centros se basaba en control de niveles de colesterol y lípidos, control de las cifras de tensión arterial y que en pocas ocasiones se indicaba el ejercicio

necesario. Este artículo concluye que el paciente con enfermedad cardíaca se encuentra con más confianza atendido en los centros de atención primaria, que se necesita un equipo de atención primaria que identifique a todas las personas con enfermedad cardiovascular y se les ofrezca una explicación comprensible y un tratamiento apropiado para reducir su riesgo.⁽²¹⁾

La evaluación del individuo e incluso la familia como sistema hace que el cambio en un elemento que lo conforma repercuta en el resto del mismo sistema. De acuerdo a Rubinstein la consecuencia de esto es que puede manifestar de muy diversas maneras y alcanzar signos y síntomas patológicos. Contempla además que toda enfermedad plantea exigencias familiares, supone cambios en las rutinas e implica un desequilibrio inicial que puede no ser revertido con rapidez, lo que en algunas familias según Farfán con características estructurales particulares pueden verse tan sobrecargadas que la crisis por la enfermedad misma les resulta magnificada.⁽²⁾ todo ello aunado a la funcionalidad del núcleo familiar son factores determinantes en la conservación o recuperación de la salud. El Infarto al Miocardio es una entidad que deja una lesión la cual limita la actividad del paciente en diversos aspectos y así mismo requiere rehabilitación, por lo cual se convierte en un paciente con una enfermedad crónica; pero que además impacta a su familia y al entorno social. En México no se cuenta con estudios al respecto a la adhesión a la rehabilitación cardíaca como tal y menos aun que se establezcan con un fondo de la tipología y funcionalidad de la familia, si no como coadyuvante mínimo como una circunstancia ineludible del propio ser.

Existen algunos trabajos realizados sobre la funcionalidad familiar y el control de pacientes hipertensos, diabéticos y la asistencia a la consulta de higiene infantil hechos en la Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado", entre ellos se encuentran: En 1999 con el propósito de determinar la funcionalidad familiar en pacientes hipertensos mayores de 18 años que acudieron a la consulta de medicina familiar y medicina interna de forma ambulatoria se realizó un estudio por Goyo Carmen, et. Al. En la Universidad Centro Occidental "Lisandro Alvarado" en donde mediante la aplicación de una encuesta y APGAR Familiar se investigó lo anterior, obteniendo como resultado que el 76.0% de los pacientes que no se encuentran controlados y no cumplen con su tratamiento tienen mayor disfuncionalidad familiar en comparación con el grupo que se encuentra con buen cumplimiento que presenta una funcionalidad normal del 38.18%. Dentro de los problemas para el cumplimiento del tratamiento se encontró el que se mantenían solos y no contaban con ayuda familiar en un 39.6% y 24.5% respectivamente.⁽²²⁾

En un estudio realizado entre octubre del 2000 y marzo del 2001 en donde se analizó la funcionalidad familiar y el control metabólico del paciente diabético se encontró que el 68% de los pacientes estudiados presentaron mal control metabólico de estos el 83.3% pertenecía a familias funcionales y el resto a familias disfuncionales.⁽²³⁾

Planteamiento del Problema.

La mortalidad en países industrializados por infarto al miocardio es aproximadamente del 30%, más de la mitad de las muertes ocurre antes que el paciente llegue al hospital; uno de cada 25 sobrevivientes fallece durante el primer año; supervivencia que disminuye en mayores de 65 años de edad, cuya mortalidad es del 20% al mes y 35% al año. En México en el año 2001 se reporta como 2ª causa de mortalidad y el 5º lugar en egresos en Sector Salud.

El HGZ No. 29 del IMSS en el año 2002, reporta 3734 egresos en general, de los cuales fueron: 90 casos (2.41%) por Angina de Pecho; 86 (2.40%) con Isquemia crónica del corazón y 36 (0.95 %) por Infarto Agudo al Miocardio.

En la UMF. 94 en el año 2003 los datos del último lustro de la tasa de mortalidad por 100 mil derechohabientes considerando enfermedad isquémica cardíaca e infarto al miocardio fueron: en 1998 con 29 casos (46.39); 1999 con 34 (53.34); 2000 con 23 (31.28); 2001 con 46 (56); y 2002 con 43 (36.78)

El paciente postinfartado ve afectadas su esfera tanto individual, familiar y social, viendo limitada su capacidad física, actividad sexual, laboral y social, su autoestima, etc. El programa de rehabilitación cardíaca tiene como objetivo y beneficio limitar los efectos adversos psicológicos y fisiológicos de la enfermedad, reduciendo el riesgo de muerte súbita o reinfarcto (+25%), favorece el control de los síntomas cardíacos, estabilización o revertimiento del proceso aterosclerótico y mejora del estado psicosocial del paciente.^(8,10), es innegable la baja (33%) participación de los pacientes en los países que existe dicho programa y en México no se cuenta con antecedentes, aunque algunos aspectos del mismo se ofertan en primer nivel tales como: control por el médico familiar *en donde mensualmente se valora cifras de presión arterial, niveles de glucosa y triglicéridos, prescripción de medicamentos, acciones de prevención primaria, indicaciones generales de hábitos*, aspectos educativos, integración a grupo de ejercicio; aunque cabe señalar que al igual que en otros países se ha observado la falta de referencia por el mismo médico como lo menciona Jaffe y Winters^(8,10). La adhesión a la RC se ha relacionado con factores individuales, institucionales, de los servidores públicos, etc dejando de la lado la vinculación con el tipo y funcionalidad de la familia, la cual como se ha demostrado tiene una repercusión importante en pacientes con enfermedades crónicas. El buen funcionamiento familiar está relacionado con una conveniente integración, estructura, dinámica y entorno de la misma, adecuada autoestima y sistemas de apoyo social, así como también que el estrés crónico causado por la enfermedad *per se*, ejerce los peores efectos a largo plazo⁽²⁴⁾.

El médico Familiar aun en formación puede valorar integralmente al paciente postinfartado en los ámbitos individual, familiar y social; la UMF. 94 cuenta con el personal capacitado, la infraestructura para realizar el presente estudio sin contraponerse a la ética o normativa institucional, por lo que surge la siguiente pregunta:

¿Cómo influye la Estructura y Funcionalidad Familiar en la adhesión del paciente postinfartado a la rehabilitación cardíaca ambulatoria atendido en la UMF 94?.

Objetivos del Estudio.

Objetivo General:

- Evaluar la influencia de la Estructura y la Funcionalidad Familiar en la adhesión a la Rehabilitación Cardíaca Ambulatoria del paciente postinfartado atendido en la Unidad de Medicina No. 94 del IMSS.

Objetivos Específicos:

- Identificar las características de la Estructura y la Funcionalidad Familiar de los pacientes postinfartados.
- Determinar el grado de adhesión a la rehabilitación cardíaca ambulatoria del paciente con infarto al miocardio.
- Correlacionar las características familiares encontradas con el grado de adhesión a la rehabilitación cardíaca ambulatoria del paciente postinfartado.

Hipótesis de Investigación.

La estructura y funcionalidad familiar favorecen el grado de adhesión del paciente postinfartado a la rehabilitación cardíaca ambulatoria.

Especificación de Variables.

Variable Independiente:

1. Estructura Familiar y Funcionalidad Familiar.

Variable Dependiente:

1. Grado de adhesión a la rehabilitación cardíaca ambulatoria.

Variables Universales.

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado Civil.
4. Escolaridad.
5. Ocupación.

Variable Circunstancial.

1. Tiempo transcurrido después del 1er infarto y la fecha del estudio.
2. Número de infartos padecidos.

Identificación de Variables.

Variable Independiente:

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores de Variable	Tipo de Variable	Escala de Medición	Categorización
Estructura Familiar	Conjunto invisible de demandas funcionales que organizan la manera de interacción de los miembros de una familia, las cuales son complementarias, regulan muchas situaciones de la familia y constituyen las pautas transaccionales a través de las cuales una familia funciona. ⁽³⁾	Se utilizará la clasificación de estructura familiar descrita por el Dr. Irigoyen: 1. Familia nuclear: Modelo de la familia actual formada por padre, madre e hijos. 2. Familia extensa: Formada por padre, madre e hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos de adopción o de afinidad. 3. Familia extensa compuesta: Además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de amigos y compadres. ⁽²⁴⁾	Número y vínculos de unión de los miembros de la familia	Cualitativa	Catagórica	1 Nuclear. 2 Extensa. 3 Extensa Compuesta.
Funcionalidad Familiar	La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. ⁽³⁾	La capacidad de resolver las crisis normativas y paranormativas que tiene el individuo y su familia, se medirá a través de la aplicación del Apgar familiar y de amigos (el cual percibe el funcionamiento familiar y el grado de satisfacción de los miembros de la familia en los parámetros de: adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos) ⁽²⁵⁾ y con el instrumento de FASES III (que evalúa cohesión y adaptabilidad familiar) ^(26,27,28)	Puntuación de Apgar y Fases establecidos y sus categorías correspondientes.	Cualitativa	Ordinal	PARA APGAR : 1. Buena función familiar de 18 a 20 puntos: 2. Disfunción leve de 14 a 17 puntos: 3. Disfunción moderada de 10 a 13 puntos: 4. Disfunción severa < o = a 9 puntos: PARA FACES

						<ol style="list-style-type: none"> 1. Extremas de 1 a 2 puntos. 2. Rango medio de 4 a 3 puntos. 3. Moderadamente balanceadas de 5 a 6 puntos. 4. Balanceadas de 7 a 8 puntos.
--	--	--	--	--	--	---

Variable Dependiente.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores de Variable	Tipo de Variable	Escala de Medición	Categorización
Adhesión a la Rehabilitación Cardíaca Ambulatoria	Se denomina adherencia al grado de coincidencia de la prescripción clínica con la conducta del paciente (en términos de cumplir con las citas o la medicación, seguir una dieta, y otros cambios en el estilo de vida). La rehabilitación Cardíaca comprenden un programa de evaluación médica a largo plazo, prescripción de ejercicios, modificación de factores de riesgo, educación y asesoría psicológica	Apego a las prescripciones hechas por el o los médicos que hayan atendido al paciente acerca de su tratamiento ambulatorio después de un infarto, tomando en cuenta la asistencia a citas programadas(control de HTAS, DM, Obesidad, Dislipidemia); apego a indicaciones dietéticas; al régimen farmacológico; realización de ejercicio de acuerdo a la prescripción y abandono del hábito de fumar. La adherencia a estos parámetros se medirá con sus respectivos indicadores.	De acuerdo a cada parámetro establecido	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin adhesión: 0 parámetros. 2. Mínimo: de 1 a 3 parámetros. 3. Suficiente: de 4 a 6 parámetros. 4. Completo: de 7 a 9 parámetros.
			1. Asistencia a citas programadas (mínimo 80%)	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No
			2. Apego a indicaciones dietéticas prescritas	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí. 2. No.
			3. Apego al tratamiento farmacológico.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí. 2. No.
			4. Realización de ejercicio de >=30min mínimo 3 veces a la semana	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí. 2. No.
			5. Abandono del hábito de fumar.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí. 2. No.

			6. Control de la tensión arterial. Con valor de cifras aceptables de:	Cualitativa	Nominal	1. Sí: TA menor o igual a 139/89 mmHg. 2. No: TA mayor de 140/90 mmHg. ⁽²⁹⁾
			7. Niveles de glucemia sérica aceptables en los últimos 6 meses.	Cualitativa	Nominal	1. Sí: glucemia en ayunas igual o menor de 139 mg/dl. 2. No: glucemia en ayunas mayor de 140 mg/dl. ⁽²⁹⁾
			8. Niveles de colesterol en valores con cifras aceptables.	Cualitativa	Nominal	1. Sí: colesterol en sangre menor o igual a 239 mg/dl. 2. No: colesterol en sangre igual o mayor de 240 mg/dl. ⁽²⁹⁾
			9. IMC dentro de límites normales.	Cualitativa	Nominal	1. Sí: IMC entre 20 y 25. 2. No: IMC igual o mayor de 26. ⁽³⁰⁾

Variables Universales.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Categorización
Edad	Fecha transcurrida desde el nacimiento hasta el momento actual	Se preguntará directamente al paciente su fecha de nacimiento y edad, corroborando el dato obtenido con el expediente clínico.	Cuantitativa	Intervalo	Rangos de cada 10 años 1. Menos de 40 años 2. De 40 a 49 años 3. De 50 a 59 años 4. De 60 a 69 años 5. De 70 a 79 años 6. De 80 a 89 años 7. 90 o más años
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Se preguntará directamente al paciente corroborando el dato obtenido con el expediente clínico.	Cualitativa	Categoría	1. Femenino 2. Masculino
Estado Civil	Condición de cada persona con relación a los derechos y obligaciones civiles en cuanto a matrimonio se refiere	Se preguntará directamente al paciente su estado civil actual al momento del estudio.	Cualitativa	Categoría	1. Casado (a) 2. Soltero (a) 3. Viudo (a) 4. Divorciado (a) 5. Unión Libre 6. Separado (a)
Escolaridad	Periodo de tiempo en la cual se asiste a la escuela.	Grado máximo completo de escuela hasta el cual estudió.	Cualitativa	Categoría	1. Analfabeta 2. Sabe leer y escribir 3. Primaria 4. Secundaria 5. Técnico 6. Profesional
Ocupación	Trabajo o actividad en que uno emplea el tiempo.	Tipo de actividad que desempeña la persona para su sustento, se preguntará directamente al paciente su ocupación al momento del estudio.	Cualitativa	Categoría	1. Hogar 2. Técnico 3. Comerciante 4. Obrero 5. Profesional 6. Jubilado o pensionado

VARIABLES CIRCUNSTANCIALES.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Categorización
Tiempo transcurrido después del primer infarto	Periodo transcurrido del infarto al miocardio hasta la fecha.	Periodo transcurrido desde el evento de infarto agudo al miocardio hasta la fecha y expresado en unidad de tiempo	Cuantitativa	Intervalo	1. < 1 año 2. de 1 a 4 años 3. > 5 años
Número de infartos del Miocardio padecidos	Número de infartos al Miocardio padecidos por el paciente.	Número de infartos al miocardio padecidos por el paciente contando desde el primero hasta la fecha del estudio expresados en números arábigos.	Cuantitativa	Numérica	Números arábigos

Universo de Trabajo.

Pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 94 del IMSS.

Población de Estudio.

Pacientes reportados con el diagnóstico de infarto al miocardio de primera vez en el periodo comprendido entre marzo del 2003 y marzo del 2004 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 94 del IMSS.

Determinación del tamaño de la muestra.:

No es necesario ya que se va a trabajar con el total de la población.

Tipo de Muestreo.

No probabilístico por conveniencia.

Procedimiento para la Obtención de la Muestra.

Se realizó la búsqueda electrónica a través de ARIMAC de todos los pacientes con el diagnóstico de Cardiopatía Isquémica de 1ª vez en el periodo comprendido entre marzo del 2003 y marzo del 2004, se tomaron los nombres y números de filiación de los pacientes; posteriormente se procedió a realizar la búsqueda de el número de consultorio y turno de los pacientes en una computadora de las asistentes médicos.

Con los datos anteriores se revisaron cada uno de los expedientes,, seleccionando a los pacientes con el diagnóstico de Infarto al miocardio con nota de cardiología corroborado el diagnóstico ya sea por electrocardiograma, ecocardiograma, enzimáticamente o por coronariografía.

Por último se solicitó en ARIMAC los teléfonos y direcciones de los pacientes seleccionados; se concertó una cita vía telefónica con ellos en la unidad. A los pacientes que no pudieron acudir a la unidad se les solicitó permiso y se realizó visita a domicilio. Si no se encontró teléfono se realizó visita a domicilio para solicitando su apoyo para el estudio. En los casos en los que la dirección no correspondió al domicilio del paciente se localizó cita en las agendas de las asistentes médicos del consultorio correspondiente localizando al paciente el día y hora de su cita. En los casos en los que no se localizó al paciente de ninguna de las formas antes descritas se procedió a la exclusión del estudio.

Diseño de Estudio.

Observacional analítico, transversal, prolectivo.

Criterios de Inclusión.

1. Pacientes que hayan padecido infarto al miocardio reportados como de 1ª vez en las hojas raíz en el periodo comprendido entre marzo del 2003 y marzo del 2004 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS.
2. Cualquier turno y consultorio.
3. Cualquier sexo y edad.
4. Que estén siendo atendidos por el médico familiar de la UMF 94 en el último año.
5. Con vigencia de derecho al IMSS en el momento del estudio.
6. Que vivan en el área de influencia de la UMF 94.
7. Que cuenten con expediente en la UMF 94.
8. Que acepten participar en el estudio.
9. Que contesten completo los instrumentos aplicados.

Criterios de no Inclusión.

1. Pacientes con enfermedad o limitación en sus capacidades mentales o secuela motriz que impida la contestación de las preguntas para realizar la recolección de los datos y la aplicación de los instrumentos de funcionalidad familiar.

Criterios de Exclusión.

1. Decisión del paciente o la familia de no culminar el estudio familiar y la aplicación de instrumentos de funcionalidad familiar.

Descripción y Validación del Instrumento.

El primer instrumento que se utilizó para determinar la funcionalidad familiar fue el APGAR el cual fue diseñado por el Dr. Gabriel Smilkstein en 1978, traducido por la Dra. Liliana Arias C., con una validación de .80. Este instrumento es un cuestionario que consta de 5 preguntas, cada una de ellas con una categorización de nunca = 0, casi nunca =1, algunas veces =2, casi siempre = 3, siempre = 4, con una calificación máxima de 20 puntos. De acuerdo a la puntuación se divide a las familias en Buena función, disfunción leve, disfunción moderada o disfunción severa. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia y constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o si por el contrario, contribuye a su enfermedad. (Anexo 4)
(3,25)

El segundo instrumento para valorar la funcionalidad familiar es el FACES III el cual fue diseñado por D.H. Olson et.al. en 1993 y se utilizó la traducción hecha al español por C. Gómez y C. Irigoyen. La fiabilidad promedio de FACES III (versión anglosajona) es de 0.80. FACES III en español (México) es fiable (70% con el índice alfa de Cronbach) y válido. Este instrumento mide la funcionalidad familiar en términos de adaptabilidad y cohesión. Cohesión entendida como la vinculación emocional entre los miembros de la familia, e incluye cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido. Los

niveles de cohesión son: desligada, separada, conectada y aglutinada. La adaptabilidad es la habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas y reglas en función de las demandas situacionales o de desarrollo. Los niveles de adaptabilidad son: rígido, estructurado, flexible y caótico. La funcionalidad se relaciona con los niveles intermedios de ambas dimensiones y la disfuncionalidad familiar con los niveles extremos de ambas dimensiones. El instrumento se aplica de forma individual a cada miembro de la familia es importante aclarar, que debe contestar el cuestionario en cuanto a la forma en que considera a su familia, no debe contestar de acuerdo a la manera en que piensa que debería de reaccionar. El instrumento consta de 20 preguntas las cuales están categorizadas de la siguiente manera nunca 1, casi nunca 2, algunas veces 3, casi siempre 4 y siempre 5. La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems noes, y la de adaptabilidad de la suma de los pares. Una vez hecha la suma correspondiente a las dos dimensiones de cohesión y adaptabilidad se buscan las calificaciones obtenidas en cada una de las amplitudes de clase en la tabla de puntaje lineal e interpretación para utilizarse en el análisis de datos. Para obtener la puntuación para el tipo de familia se suma el puntaje de cohesión y adaptabilidad y se divide entre 2. La interpretación del puntaje del tipo de familia se indica en la tabla de puntaje lineal e interpretación. (Anexo 5) ^(3, 26,27,28)

Los cuestionarios se otorgaron a cada uno de los miembros de la familia mayores de 15 años que aceptaron participar y solo en el caso de que la persona entrevistada no supiera leer el entrevistador leyó y contestó el cuestionario de acuerdo a las respuestas dadas.

Para determinar la estructura familiar se realizó un genograma (Anexo 6) el cual se llenó por el investigador durante la entrevista con el paciente. ⁽²⁵⁾

Descripción del programa de trabajo.

Una vez aprobado el protocolo por el Comité Local de Investigación se procedió a solicitar a través de memorando el apoyo de las autoridades de la unidad, a la Dirección o Jefe de Educación un oficio de autorización de la tesis y apertura a trabajar en las familias como una extensión de la propia Unidad, a los jefes de Departamento clínico y áreas relacionadas con la finalidad de tener acceso a las fuentes de información.

La localización de los pacientes se realizó por una búsqueda electrónica en ARIMAC de todos los pacientes con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica de 1ª vez reportados en la hoja raíz, posterior a la localización del consultorio y turno se revisó cada uno de los expedientes seleccionando a los pacientes en quienes se confirmó el diagnóstico de Infarto al Miocardio. Una vez que se tuvo el listado tipo censo con los datos generales del paciente, filiación, turno, teléfono y domicilio del mismo, el investigador procedió a su localización personal, sea vía telefónica, visita domiciliaria o localizando la cita en las agendas de las asistentes médicas del consultorio y turno correspondiente. Posteriormente se le invitó a participar en el estudio, explicándole los objetivos y su participación en el mismo.

En los casos que el paciente y su familia aceptaron participar se les dio la carta de consentimiento informado (Anexo 1) y se procedió a recabar los datos generales del paciente (Anexo 2) que fueron completados con los datos recabados del expediente médico.

En la primera entrevista se aplicó el instrumento de APGAR y FACES III (anexo 4 y 5) tanto a él como a los integrantes de la familia que se encontraban presentes. Si el paciente aceptaba se le otorgaban los instrumentos (los cuales son de autoaplicación) para el resto de los integrantes de la familia, concertando una cita posterior para recoger los mismos. Así mismo en esta primera entrevista se elaboró también el genograma para determinando la estructura familiar (Anexo 6)

El vaciado de los datos se realizó en dos hojas de cálculo diseñadas para ello. La primera con el fin de determinar la adhesión del paciente a la rehabilitación cardíaca ambulatoria contempla un número progresivo, nombre del paciente, cumplimiento de citas, especificación sobre si lleva o no su dieta indicada, realización de ejercicio según la prescripción hecha, tabaquismo positivo o negativo (en caso de ser positivo se especificará el número de cigarrillos al día que acostumbra fumar el paciente), si dejó o no de fumar, Diabetes Mellitus (sí o no), control glicémico (sí o no), Hipertensión Arterial Sistémica (sí o no), control de la presión arterial (sí o no), niveles de colesterol en límites de normalidad (sí o no), e IMC entre 22 y 25 (sí o no); por último se especificará en esta hoja el grado de adhesión del paciente de acuerdo a la categorización hecha (sin adhesión, mínima, suficiente, completa).

En la segunda hoja de cálculo la cual cuenta con un número progresivo, nombre del paciente, número de filiación, consultorio y turno (lo cual coincide con el número progresivo y el nombre del paciente reportados en la primera hoja) en esta se concentraron los datos generales del paciente (sexo, edad, estado civil, ocupación, escolaridad), fecha del último infarto y número de infartos padecidos, estructura familiar (nuclear, extensa o extensa compuesta), funcionalidad familiar de acuerdo a APGAR (buen funcionamiento, disfunción leve, disfunción moderada o disfunción grave) y funcionalidad familiar de acuerdo a FACES III (Balanceada, moderadamente balanceada, rango medio y extrema).

Posteriormente se realizó el análisis estadístico de las variables.

Análisis Estadístico.

□ Hipótesis Estadística:

- H_i La estructura y funcionalidad familiar favorecen el grado de adhesión del paciente postinfartado a la rehabilitación cardíaca ambulatoria.
H_o La estructura y funcionalidad familiar no favorecen el grado de adhesión del paciente postinfartado a la rehabilitación cardíaca ambulatoria.

El análisis de los resultados se realizó con determinación porcentual y medidas de tendencia central, para determinar diferencia entre las categorías de las variables se realizó la Chi cuadrada con corrección de Yates, con una p de 0.05 y determinación de r Spearman para influencia de variables confusoras y asociación entre las categorías de las variables.

Difusión de los Resultados.

Se realizará en sesión conjunta de residentes, así como en sesión de la Unidad Sede; se buscará la publicación en una revista de primer nivel.

Consideraciones Éticas del Estudio.

Este trabajo se fundamenta desde el punto de vista ético apegado a :

- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.
- La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, en sus artículos; 2º., Fracción VII; 7º., fracción VIII; 68, Fracción IV; 96, fracciones I a VII; ,97; 98; 99; 100, fracciones 1 á VII: 101; '102, fracciones I a V; 103; 115; Fracción V.; 119. Fracción I; 141; 160; 164; 168,' Fracción VI; 174, fracción 1; 186; 189, Fracción 1; 238, 321 Y 334.
- El reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, publicado, en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.
- El acuerdo, por lo que se crea la Comisión Interinstitucional, de Investigación en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de octubre de 1983.
- El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de coordinaciones de Proyectos Prioritarios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.
- La Declaración de Helsinki de 1964 y modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989.
- Los acuerdos 5/95 al 55/95 del 1 enero de 1995 del H. Consejo Técnico del IMSS referente a la modernización. El Manual de Organización de Fomento de la Investigación Médica (FOFOI), 1999.

Resultados.

Se encontraron 124 registros en la hoja raíz de pacientes con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica reportados como de 1ª vez en el periodo comprendido entre marzo 2003 y marzo 2004; de los cuales se eliminaron 5 por estar repetidos, 9 por tener vigencia terminada y 1 por no aparecer en el sistema. De los 109 registros restantes al aplicar los criterios de inclusión solo 30 expedientes cumplían con ellos al tener diagnóstico confirmado de Infarto al Miocardio; como se muestra en el Cuadro número 1 los diagnósticos de los pacientes no incluidos fueron los siguientes: Cardiopatía Isquémica 18, Hipertensión Arterial Sistémica 15, Osteocondritis 13, sin contrarreferencia 10, Otras Cardiopatías 9, Otros diagnósticos 6, Sanos 6 y sin localizarse los expedientes 2.

De los 30 expedientes que cumplían con los criterios de inclusión se excluyeron seis; 1 por defunción, 1 no aceptó participar, 1 no llevaba su control en la UMF 94 y 3 no se localizaron; quedando una muestra de 24 pacientes; quedando una muestra de 24 pacientes efectivos, a éstos pacientes se les realizó entrevista, familiograma estructural y se aplicó APGAR y FACES III por lo menos a dos miembros de cada familia. Los datos obtenidos fueron:

La distribución por rangos de edad reportó: de 41 a 49 años 1(4.2%); 50 a 59 con 8(33.33%); 60 a 69 con 9(37.5%); 70 a 79 con 3(12.5%) y de 80 a 89 con 3(12.5%); el rango fue de 49 años mínimo y 83 máximo; con una media y mediana de edad de 63.8 años y desviación estándar de 9.8 años.

En la Figura 1 se observa la distribución para género femenino con 2(8.3%) y masculino en 22(91.7%).

Conforme al estado civil reportado lo encabeza el casado con 19(79.2%); viudo 2(8.3%); separado 2(8.3%) y divorciado 1(4.2%)

De acuerdo a la ocupación se obtuvo las siguientes frecuencias: Comerciante 14.2%), Hogar 2(8.3%), Técnicos 2(8.3%), Obreros 3(12.5%) y Jubilados ó Pensionados 16(66.7%).

Respecto al nivel educativo de los pacientes en la Figura 2 se muestra la siguiente distribución: Analfabeta 1(4.2%), Sabe leer y Escribir 1(4.2%), Primaria 14(58.3%), Secundaria 6(25.0%), preparatoria 1(4.2%) y Carrera Técnica 1(4.2%).

En relación con el tiempo transcurrido del evento de infarto al miocardio y la presente investigación se obtuvo: en menos de 1 año a 5(20.8%), de 1 a 4 años 7(29.2%) y más de 5 años a 12(50.0%).

El número de infartos padecidos por el paciente hasta el momento del estudio fue el siguiente: uno 17(70.8%), dos 4(16.7%), tres 2(8.3%) y cuatro 1(4.2%); se determino moda y mediana de 1 y media de 1.46 eventos, con desviación estándar de 0.83

En la Figura 3 se observa la distribución de acuerdo a la composición de la estructura familiar, la cual fue: nuclear en 12(50%); extensa 12(50%) y compuesta 0.

El reporte de la funcionalidad familiar evaluada a través de la aplicación de APGAR obtuvo los siguientes datos: Buena Funcionalidad 9(37.5%), Disfunción Leve 7(29.2%), Disfunción Moderada 3(12.5%) y Disfunción Severa 5(20.8%). [Cuadro 2 y Figura 4]

Funcionalidad Familiar medida con FACES III: Balanceadas 4(16.7%), Moderadamente Balanceada 8(33.3%), Rango Medio 5(20.8%) y Extremas 7(29.2%). [Cuadro 3 y Figura 5]

Este mismo aspecto evaluado a través del instrumento de FACES III reportó los siguientes datos: Balanceadas 4(16.7%); Moderadamente Balanceada 8(33.3%); Rango Medio 5(20.8%) y Extremas 7(29.2%). [Cuadro 3 y Figura 5]

De acuerdo a la Adhesión de los pacientes a la Rehabilitación Cardíaca Ambulatoria los datos reportados fueron: Con Adhesión Mínima 4(16.7%); Adhesión Suficiente 10(41.7%) y Adhesión completa 10(41.7%). [Cuadro 4 y Figura 6]

Los datos obtenidos con relación a la rehabilitación cardíaca y la tipología conforme a los componentes de la estructura familiar como se muestra en el Cuadro 5 y Figura 7 fueron:

- En familias Extensas 10(41.7%) con Adhesión Mínima o Suficiente y 2(8.3%) con Adhesión Completa.
- En familias Nucleares 4(16.7%) con Adhesión Mínima o Suficiente y 8(33.3%) con Adhesión Completa.

Determinándose una Chi cuadrada de Pearson de 6.171 con corrección continua Yates de 4.286, ubicándose en una p menor a 0.05 con una r_s 0.50 error St 0.173, significancia 0.004

Respecto a los datos obtenidos para determinar la influencia de la funcionalidad familiar evaluada por APGAR y la adhesión a la Rehabilitación Cardíaca Ambulatoria se encontró:

- En familias con Buena Función Familiar 1(4.2%) con Adhesión Mínima o Suficiente y 8(33.3%) con Adhesión Completa.
- En familias con algún grado de Disfunción Familiar 13(54.2%) con Adhesión Mínima o Suficiente y 2(8.3%) con Adhesión Completa.

La determinación de Chi cuadrada e Pearson con corrección continua de Yates mostró un valor de 10.286, correspondiendo a una p menor a 0.05 r_s 0.70, error St 0.148 y significancia 0.000 [Cuadro 6 y Figura 8]

Igualmente los datos de la funcionalidad familiar de acuerdo a FACES III y su relación con la RCA que se muestran en el Cuadro 7 y Figura 9, son: En las familias Balanceadas o Extremas 11(45.8%) tuvieron Adhesión Mínima o Suficiente y para las familias Moderadamente Balanceadas o de Rangos Medios 3(12.5%) tuvieron Adhesión Mínima o Suficiente y 10(41.7%) Adhesión Completa, r_s .76, error St 0.119, significancia 0.000 [Cuadro 7 y Figura 9]

Respecto a los datos de las variables catalogadas como confusoras se observó lo siguiente:

Considerando el número de infartos sufridos y su influencia acorde a la tipología por los componentes de la estructura familiar y ello en relación con la adhesión a la RCA, se reportó:

- Con un infarto en familias extensas la adhesión mínima o suficiente en 6(35.3%) y adhesión completa en 2(11.8%). En familias nucleares adhesión mínima o suficiente en 4(23.5%) y adhesión completa en 5(29.4%), con una Chi cuadrada de Pearson de 1.633 con una corrección continua de Yates de .615
- Con 2 o más infartos en familias extensas con adhesión mínima o suficiente 4(57.1%) y en familias nucleares con adhesión completa 3(42.9%) r_s 0.007, error St 0.208, significancia 0.970 [Cuadro 8]

Ahora bien considerando el tiempo transcurrido del infarto sufrido y su influencia acorde a la tipología por los componentes de la estructura familiar y ello en relación con la adhesión a la RCA, se reportó:

- Tiempo igual o menor a un año para familias extensas con adhesión mínima o suficiente 3(60.0%) y con adhesión completa 1(20.0%); para familias nucleares con adhesión mínima o suficiente 1(20.0%) y 0 con adhesión completa.
- Para mayor de un año en familias extensas con adhesión mínima o suficiente 7(36.8%) y con adhesión completa 1(5.3%); en familias nucleares con adhesión mínima o suficiente 3(15.8%) y con adhesión completa 8(42.1%); con una Chi cuadrada de Pearson con corrección continua de Yates de 4.539 con una p menor a 0.05, r_s 0.09, error St 0.20, significancia 0.669 [Cuadro 9]

De las mismas variables confusoras (número de infarto y tiempo de evolución), la funcionalidad familiar de acuerdo a APGAR y FACES III, en relación con la adhesión a la RCA se obtuvieron los siguientes datos:

Con APGAR de acuerdo al número de infartos:

- Con un infarto y buena funcionalidad familiar adhesión mínima o suficiente 1(5.9%) y adhesión completa 5(29.4%). Con disfunción familiar y adhesión

mínima o suficiente 9(52.9%) y adhesión completa 2(11.8%); Chi cuadrada de Pearson con corrección continua de Yates de 4.380 ($p < 0.05$)

- Antecedente de 2 o más infartos con buena función familiar y adhesión completa 3(42.9%); y con disfunción familiar y adhesión mínima o suficiente 4(57.1%). [Cuadro 10]

Con APGAR de acuerdo al tiempo transcurrido entre el 1er infarto y el estudio:

- Para intervalo igual o menor de un año con disfunción familiar y adhesión mínima o suficiente 4(80.0%); con adhesión completa 1(20.0%).
- Para intervalo mayor de un año con buena función familiar y adhesión mínima o suficiente 1(5.3%) y adhesión completa 8(42.1%); con disfunción familiar y adhesión mínima o suficiente 9(47.4%) y adhesión completa 1(5.3%); Chi cuadrada Pearson con corrección continua de Yates de 8.872 ($p < 0.05$) [Cuadro 11]

Con FACES III de acuerdo al número de infartos:

- Con un infarto y tipología familiar Balanceada o Extrema se encontró adhesión mínima o suficiente en 8(47.1%). Con tipología familiar Moderadamente Balanceada o de Rango Medio adhesión mínima o suficiente en 2(11.8%) y adhesión completa en 7(41.2%).
- Antecedente de dos o más infartos con familia Balanceada o Extrema se encontró adhesión mínima o suficiente en 3(42.9%). Con tipología familiar Moderadamente Balanceada o de Rango Medio adhesión mínima o suficiente en 1(14.3%) y adhesión completa en 3(42.9%) [Cuadro 12]

Con FACES III de acuerdo al tiempo transcurrido entre el 1er infarto y el estudio:

- Para un intervalo igual o menor a un año con una familia Balanceada o Extrema se encontró adhesión mínima o suficiente a la RCA en 4(80%). En familia Moderadamente Balanceada o de Rango medio adhesión completa en 1(20.0%).
- Para un intervalo mayor de 1 año con una familia Balanceada o Extrema se encontró adhesión mínima o suficiente a la RCA en 7(36.8%). En familia Moderadamente Balanceada o de Rango Medio adhesión mínima o suficiente en 3(15.8%) y completa en 9(47.4%). [Cuadro 13]

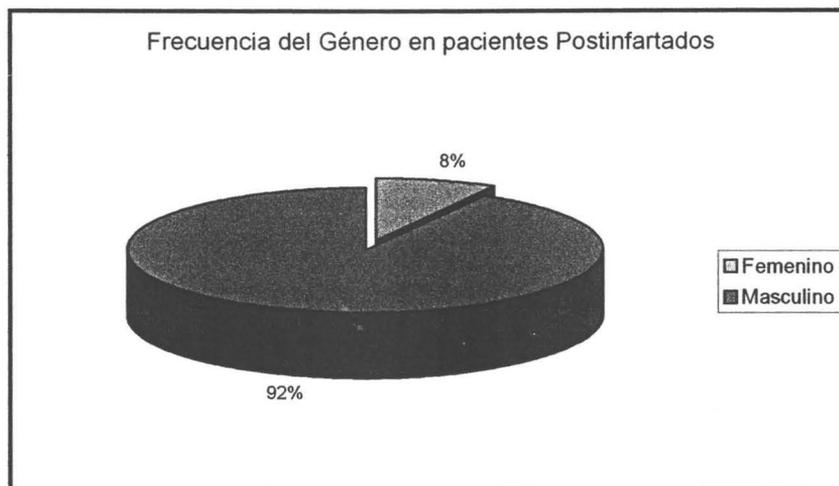
Cuadros y Figuras.

Cuadro 1. Diagnósticos de Contrarreferencia.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje %
Infarto al Miocardio	30	27.5
Cardiopatía Isquémica	18	16.5
Hipertensión Arterial Sistémica controlada o no	15	13.8
Osteocondritis	13	11.9
Sin contrarreferencia	10	9.2
Otras Cardiopatías	9	8.3
Otros diagnósticos	6	5.5
Sano	6	5.5
No se localizaron	2	1.8
Total	109	100.0

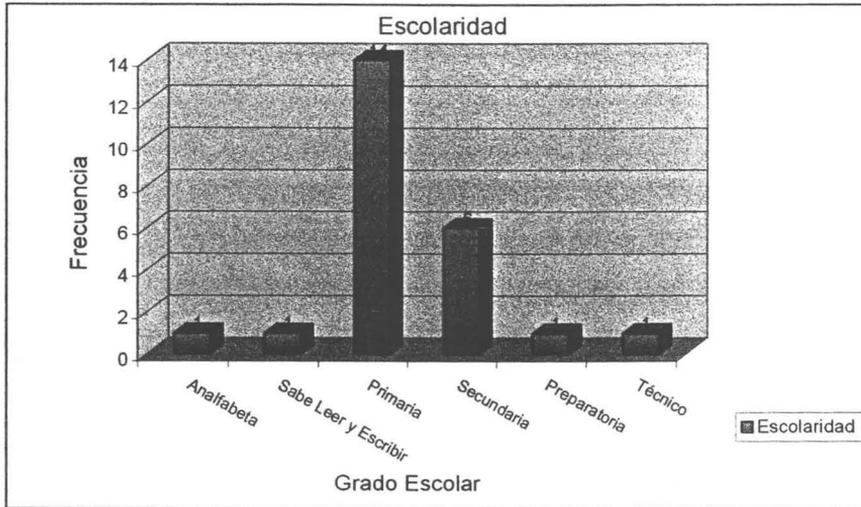
Fuente: Expedientes UMF 94 año 2004.

Figura 1 Distribución por Género.



Fuente: Expediente y Encuestas UMF 94 año 2004.

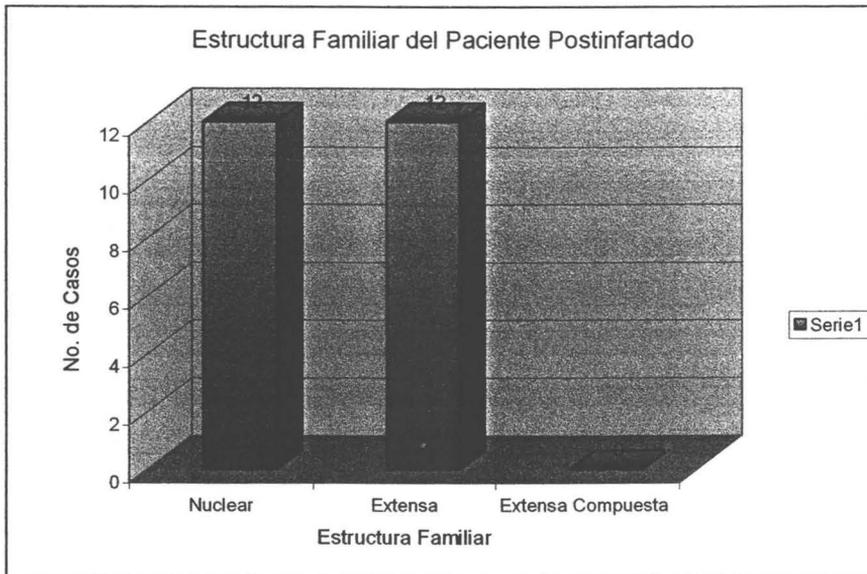
Figura 2 Distribución de acuerdo al grado de Escolaridad.



Escala: 1: 2

Fuente: Encuesta UMF 94 año 2004.

Figura 3 Estructura Familiar.



Escala: 1: 2

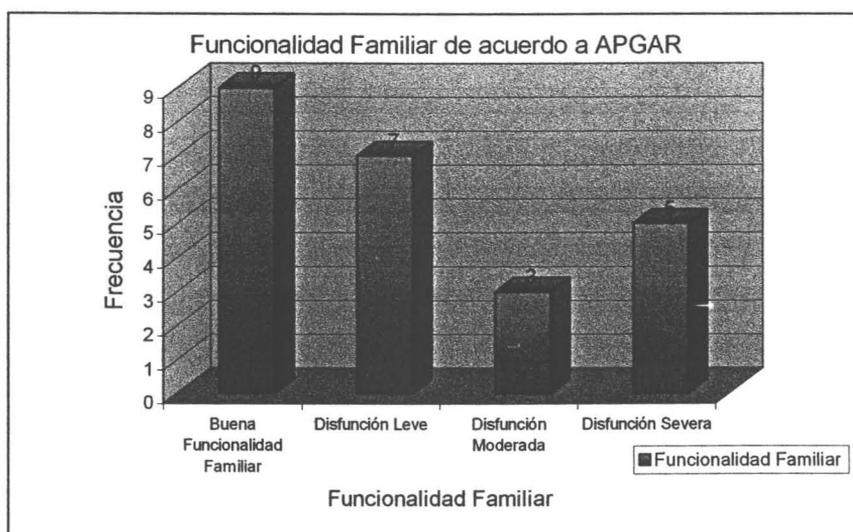
Fuente: Encuesta UMF 94 año 2004

Cuadro 2 Funcionalidad Familiar Medida con APGAR.

Funcionalidad Familiar	Frecuencia	Porcentaje %
Buena Funcionalidad Familiar	9	37.5
Disfunción Leve	7	29.2
Disfunción Moderada	3	12.5
Disfunción Severa	5	20.8
Total	24	100.0

Fuente: Encuesta UMF 94 año 2004.

Figura.4 Funcionalidad Familiar de acuerdo a APGAR.



Escala: 1:1

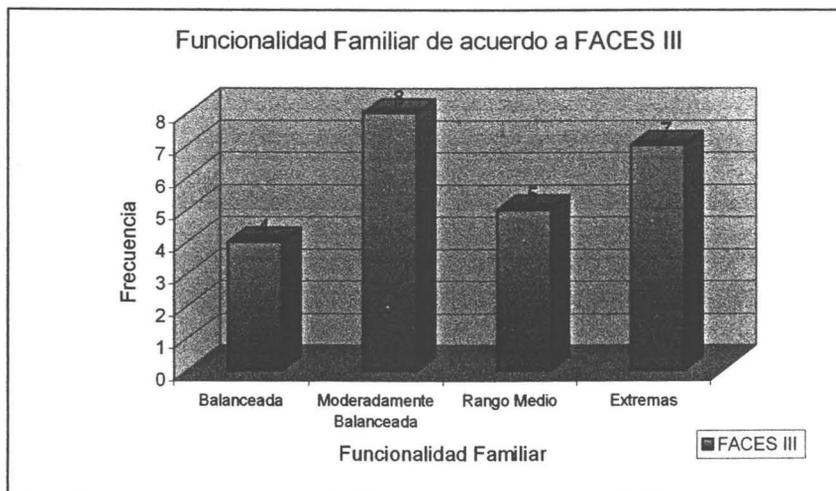
Fuente: Encuesta UMF 94 año 2004.

Cuadro 3 Funcionalidad Familiar de acuerdo a FACES III.

Funcionalidad Familiar	Frecuencia	Porcentaje %
Balanceada	4	16.7
Moderadamente Balanceada	8	33.3
Rango Medio	5	20.8
Extremas	7	29.2
Total	24	100.0

Fuente: Encuesta UMF 94 año 2004.

Figura 5 Funcionalidad Familiar de acuerdo a FACES III.

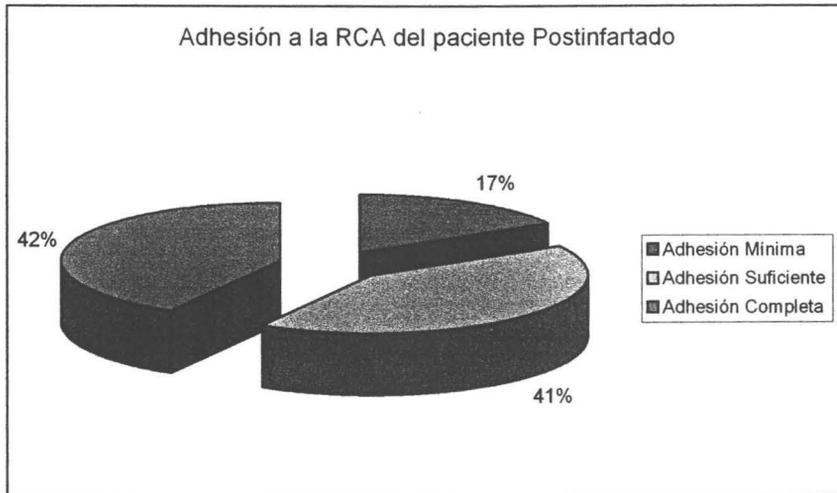


Cuadro 4 Adhesión a la Rehabilitación Cardiaca Ambulatoria.

Adhesión a la RCA	Frecuencia	Porcentaje %
Adhesión Mínima	4	16.7
Adhesión Suficiente	10	41.7
Adhesión Completa	10	41.7
Total	24	100.0

Fuente: Encuesta y Expedientes UMF 94 año 2004.

Figura 6 Adhesión a la RCA del paciente Postinfartado.



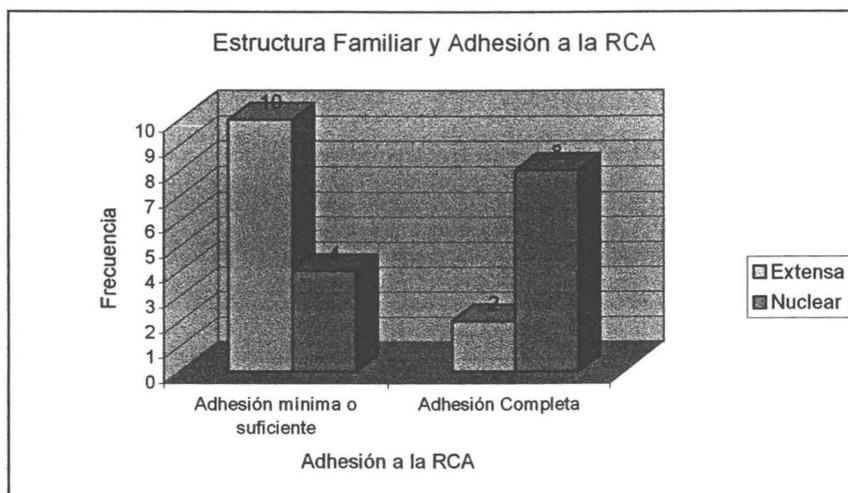
Fuente: Encuesta y Expedientes UMF 94 año 2004.

Cuadro 5 Estructura Familiar y la Adhesión a la RCA.

		Adhesión a la Rehabilitación Cardíaca Ambulatoria		Total
Estructura Familiar		Adhesión Mínima o Suficiente	Adhesión Completa	
<i>Extensa</i>	Frecuencia	10	2	12
	% del Total	41.7%	8.3%	50.0%
<i>Nuclear</i>	Frecuencia	4	8	12
	% del Total	16.7%	33.3%	50.0%
Total	Frecuencia Total	14	10	24
	% del Total	58.3%	41.7%	100.0%

Fuente: Encuesta y Expedientes UMF 94 año 2004.
($p < 0.05$)

Figura 7 Estructura Familiar y Adhesión a la RCA.



Escala: 1: 1

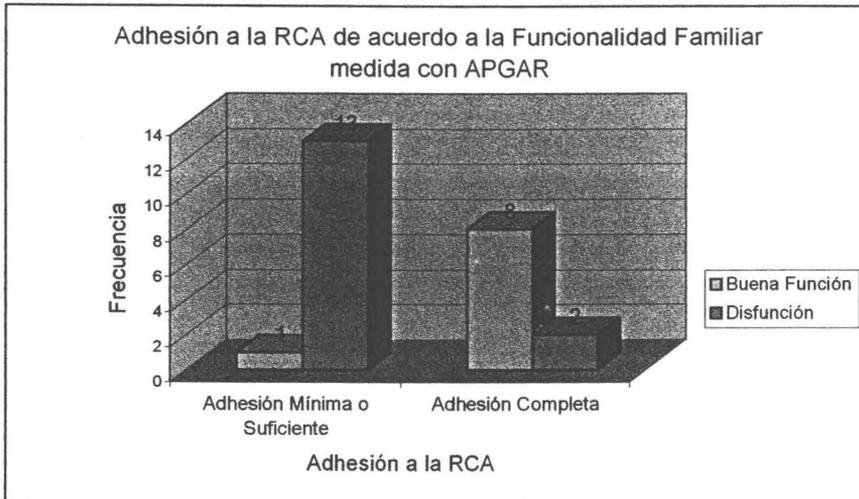
Fuente: Encuesta y Expedientes UMF 94 año 2004.

Cuadro 6 Adhesión a la RCA de acuerdo a la Funcionalidad Familiar con APGAR

		Adhesión a la Rehabilitación Cardiaca Ambulatoria			Total
			Adhesión Mínima o Suficiente	Adhesión Completa	
Funcionalidad Familiar con APGAR	Buena Función	Frecuencia	1	8	9
		% del total	4.2%	33.3%	37.5%
	Disfunción	Frecuencia	13	2	15
		% del Total	54.2%	8.3%	62.5%
Total		Frecuencia	14	10	24
		% Total	58.3%	41.7%	100.0%

Fuente: Encuestas y Expedientes UMF 94 año 2004.
(p<0.05)

Figura 8



Escala: 1:

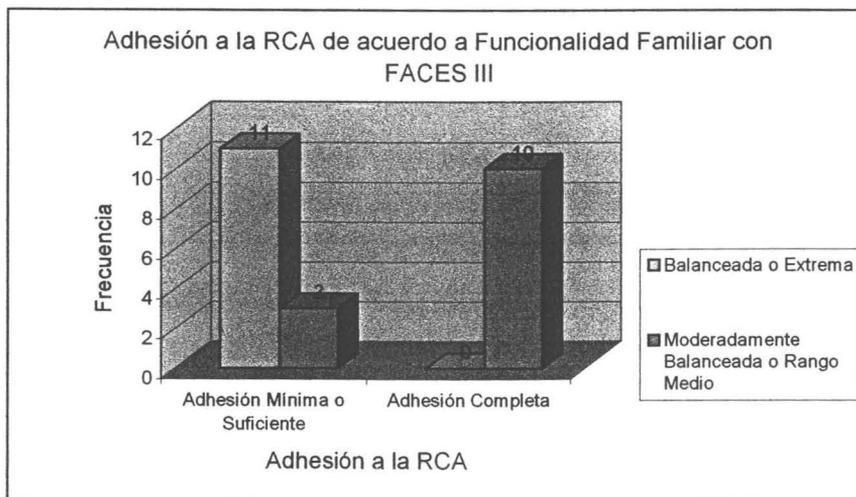
2
Fuente: Encuesta y Expedientes UMF 94 año 2004.

Cuadro 7 Adhesión a la RCA de acuerdo a la Funcionalidad Familiar con FACES III

			Adhesión a la Rehabilitación Cardiaca Ambulatoria		Total
			Adhesión Mínima o Suficiente	Adhesión Completa	
Funcionalidad Familiar Con FACES III	Balanceada o Extrema	Frecuencia	11		11
		% del Total	45.8%		45.8%
	Moderadamente Balanceada o Rango Medio	Frecuencia	3	10	13
		% del Total	12.5%	41.7%	54.2%
Total		Frecuencia	14	10	24
		% Total	58.3%	41.7%	100.0%

Fuente: Encuesta y Expedientes UMF 94 año 2004.

Figura 9 Adhesión a la RCA de acuerdo a Funcionalidad Familiar con FACESIII



Fuente: Encuesta y Expedientes UMF 94 año 2004

Escala: 1: 2

Cuadro 8 Número de infartos de acuerdo a la Estructura Familiar en la Adhesión a la RCA.

No. de infartos				Adhesión a la Rehabilitación Cardíaca Ambulatoria		Total
				Adhesión Mínima o Suficiente	Adhesión Completa	
1 infarto	Estructura Familiar	<i>Extensa</i>	Frecuencia	6	2	8
			% del Total	35.3%	11.8%	47.1%
		<i>Nuclear</i>	Frecuencia	4	5	9
			% del Total	23.5%	29.4%	52.9%
	Total	Frecuencia	10	7	17	
		% del Total	58.8%	41.2%	100.0%	
= 0 > 2 infartos	Estructura Familiar	<i>Extensa</i>	Frecuencia	4		4
			% del Total	57.1%		57.1%
		<i>Nuclear</i>	Frecuencia		3	3
			% del Total		42.9%	42.9%
	Total	Frecuencia	4	3	7	
		% Total	57.1%	42.9%	100.0%	

Fuente: Encuesta y Expedientes en UMF 94 año 2004.

1 infarto de acuerdo a la Estructura Familiar en la Adhesión a la RCA ($p > 0.05$)

Cuadro 9. Tiempo transcurrido entre el 1er infarto y la fecha del estudio de acuerdo a la Estructura Familiar en la Adhesión a la RCA

Intervalo de tiempo entre el 1er infarto y el estudio				Adhesión a la Rehabilitación Cardíaca Ambulatoria		Total
				Adhesión Mínima o Suficiente	Adhesión Completa	
= o < 1 año	Estructura Familiar	Extensa	Frecuencia	3	1	4
			% del Total	60.0%	20.0%	80.0%
	Nuclear	Frecuencia	1		1	
		% del Total	20.0%		20.0%	
	Total	Frecuencia	4	1	5	
% del Total		80.0%	20.0%	100.0%		
= o > 2 años	Estructura Familiar	Extensa	Frecuencia	7	1	8
			% del Total	36.8%	5.3%	42.1%
	Nuclear	Frecuencia	3	8	11	
		% del Total	15.8	42.1%	57.9%	
	Total	Frecuencia	10	9	19	
% Total		52.6%	47.4%	100.0%		

Fuente: Encuesta y Expedientes en UMF 94 año 2004.

Intervalo = o > 2 años de acuerdo a la Estructura Familiar en la Adhesión a la RCA (p<0.05)

Cuadro 10 Número de infartos y Funcionalidad Familiar con APGAR en la Adhesión a la RCA

Número de infartos				Adhesión a la Rehabilitación Cardíaca Ambulatoria		Total	
				Adhesión Mínima o Suficiente	Adhesión Completa		
1 infarto	Funcionalidad Familiar con APGAR	Buena Funcionalidad	Frecuencia	1	5	6	
			% del Total	5.9%	29.4%	35.3%	
		Disfunción	Frecuencia	9	2	11	
			% del Total	52.9%	11.8%	64.7%	
	Total			Frecuencia	10	7	17
				% del Total	58.8%	41.2%	100.0%
= 0 > 2 infartos	Funcionalidad Familiar con APGAR	Buena Funcionalidad	Frecuencia		3	3	
			% del Total		42.9%	42.9%	
		Disfunción	Frecuencia	4		4	
			% del Total	57.1%		57.1%	
	Total			Frecuencia	4	3	7
				% Total	57.1%	42.9%	100.0%

Fuente: Encuesta y Expedientes UMF 94. año 2004.

Un infarto y funcionalidad familiar con APGAR en la Adhesión a la RCA ($p < 0.05$)

Cuadro 11 Intervalo de tiempo entre el 1er infarto y el estudio de acuerdo a la Funcionalidad con APGAR en la Adhesión a la RCA

Intervalo de tiempo entre el 1er infarto y el estudio				Adhesión a la Rehabilitación Cardíaca Ambulatoria		Total
				Adhesión Mínima o Suficiente	Adhesión Completa	
= 0 < 1 año	Funcionalidad Familiar con APGAR	Buena Funcionalidad	Frecuencia	4	1	5
			% del Total	80.0%	20.0%	100.0%
		Disfunción	Frecuencia			
			% del Total			
	Total		Frecuencia	4	1	5
			% del Total	80.0%	20.0%	100.0%
= 0 > 2 años	Funcionalidad Familiar con APGAR	Buena Funcionalidad	Frecuencia	1	8	9
			% del Total	5.3%	42.1%	47.4%
		Disfunción	Frecuencia	9	1	10
			% del Total	47.4%	5.3%	52.6%
		Total		Frecuencia	10	9
			% Total	52.6%	47.4%	100.0%

Fuente: Encuesta y Expedientes UMF 94. año 2004.

Igual o mayor a 2 años y Funcionalidad Familiar con APGAR en la Adhesión a la RCA ($p < 0.05$)

Cuadro 12 Número de Infartos de acuerdo a la Tipología Familiar con FACESIII en la Adhesión a la RCA.

Número de Infartos	Tipología Familiar con FACES III	Balanceada o Extrema	Frecuencia	Adhesión a la Rehabilitación Cardíaca Ambulatoria		Total
				Adhesión Mínima o Suficiente	Adhesión Completa	
= 0 < 1 infarto	Tipología Familiar con FACES III	Balanceada o Extrema	Frecuencia	8		8
			% del Total	47.1%		47.1%
	Moderadamente Balanceada o Rango Medio	Frecuencia	2	7	9	
		% del Total	11.8%	41.2%	52.9%	
	Total	Frecuencia	10	7	17	
% del Total		58.8%	41.2%	100.0%		
= 0 > 2 infartos	Tipología Familiar con FACES III	Balanceada o Extrema	Frecuencia	3		3
			% del Total	42.9%		42.9%
	Moderadamente Balanceada o Rango Medio	Frecuencia	1	3	4	
		% del Total	14.3%	42.9%	57.1%	
	Total	Frecuencia	4	3	7	
% Total		57.1%	42.9%	100.0%		

Fuente: Encuesta y Expedientes UMF 94 año 2004.

Cuadro 13 Intervalo de tiempo entre el 1er infarto y el estudio de acuerdo a la Tipología Familia con FACES III en la Adhesión a la RCA.

Intervalo de tiempo entre el 1er infarto y el estudio				Adhesión a la Rehabilitación Cardíaca Ambulatoria		Total
				Adhesión Mínima o Suficiente	Adhesión Completa	
= 0 < 1 año	Tipología Familiar con FACES III	Balanceada o Extrema	Frecuencia	4		4
			% del Total	80.0%		80.0%
		Moderadamente Balanceada o Rango Medio	Frecuencia		1	1
			% del Total		20%	20.0%
	Total		Frecuencia	4	1	5
		% del Total	80.0%	20.0%	100.0%	
= 0 > 2 años	Tipología Familiar con FACES III	Balanceada o Extrema	Frecuencia	7		7
			% del Total	36.8%		36.8%
		Moderadamente Balanceada o Rango Medio	Frecuencia	3	9	12
			% del Total	15.8%	47.4%	63.2%
	Total		Frecuencia	10	9	19
		% Total	52.6%	47.4%	100.0%	

Fuente: Encuesta y Expedientes UMF 94 año 2004.

Análisis de Resultados.

De la población captada inicialmente con problema de infarto al miocardio, es de llamar la atención que solo 24 en el estricto cumplieran con el requisito, hecho que puede ser explicado por dos aspectos el primero debido a la forma inicial de captura a través de los registros y el segundo aspecto precisamente derivado de que dichos diagnósticos son iniciales, por lo que al ser sometidos a protocolo en segundo y tercer nivel la contrarreferencia ya no corresponde al diagnóstico de envío.

Los datos sobre prevalencia del género masculino, pertenencia a la tercera edad y ser pensionados, coinciden con lo reportado en la literatura; así mismo los datos del estado civil en su mayoría casados era de esperarse.

La participación y entendimiento de los instrumentos de auto aplicación utilizados en la investigación se vio favorecido por el grado escolar de la población estudiada que en su mayoría fue de primaria o mayor a esta.

80% de los pacientes estudiados tenían más de un año de haber presentado el primer infarto, esto refleja indirectamente que existe un buen control y cuidado del paciente posterior al infarto, ya que existe una alta mortalidad después del evento agudo y uno de cada 25 muere durante el primer año después del infarto^(4,5,6). Lo anterior también se ve favorecido por el hecho de que 70% de los ellos solo presentan un infarto; con lo que la esperanza de vida se perfila con buen pronóstico independientemente de la disminución de sus capacidades y cambios de hábitos en su vida cotidiana.

La distribución igualitaria del grupo en dos categorías de acuerdo a la composición de la estructura familiar en nuclear y extensa, facilita la búsqueda de la influencia en la adhesión a la RCA. La tipología encontrada concuerda con los aspectos culturales observados en la población mexicana.

Rubinstein ⁽²⁾ menciona algunos factores que favorecen la adhesión del paciente, en especial portador de una enfermedad crónica, a su tratamiento; entre ellos destaca a el medio ambiente como proveedor de salud integrado por el hogar, trabajo, familia, etc. Lo anterior resalta importancia de las observaciones hechas en el presente trabajo en donde se busca la relación de la funcionalidad familiar con la adhesión del paciente posinfartado a su tratamiento, encontrando que poco más del 60% presentaba algún grado de disfuncionalidad familiar con la aplicación de APGAR, sin embargo, no hay que perder de vista que este instrumento evalúa más la percepción del sujeto y su familia en un momento dado. Al utilizar FACES III, el cual ubica con mayor exactitud a éstas familias, se encontró que más del 50% de las familias se ubicaban dentro de los rangos funcionales, sobre todo en las de tipología nuclear.

Los resultados de esta investigación concuerdan con la observación hecha por Taylor ⁽¹⁾ de que la adhesión del paciente con enfermedad crónica a su tratamiento se ve influenciada por las características e involucramiento de la familia, lo anterior se apoya en las siguientes observaciones:

- Todos los participantes tienen cierto grado de adhesión a la RCA y resalta que la mayoría de ellos presentaban adhesión suficiente o completa y pertenecían a familias nucleares y extensas con una funcionalidad de buena a aceptable. Esto probablemente se ve influenciado como menciona Daly⁽¹⁷⁾ por contar con un diagnóstico muy específico y protocolizado como es el infarto al miocardio el cual se confirmó por la contrarreferencia de 2º y 3er nivel de atención encontrada en los expedientes. Es importante no olvidar que aún los pacientes que presentan algún grado de disfunción familiar pueden ser apoyados en el primer nivel de atención buscando un mejor apoyo familiar que ayude al buen control de nuestro paciente.
- Por la evaluación del funcionamiento familiar a través de APGAR y FACES III, pues en términos generales pueden considerarse con funcionalidad, cohesión y adaptabilidad aceptables
- El hecho de ser en la mayoría de pacientes el primer evento isquémico que sufren, pero sobre todo que la sobre vivencia se ubica en más de 5 años; lo cual refleja que se lleva control de los pacientes, ya que en la literatura se reporta una alta mortalidad por dicha patología sobre todo en el primer año post- infarto.
- De acuerdo al valor obtenido para ver las diferencias entre variables se corrobora que aunque todos los factores mencionados tienen influencia, no todos tienen una correlación muy definida, así podemos sustentar con base al valor del estadístico aplicado, que existe significancia en relación a la composición y funcionalidad de la familia y la adhesión del paciente a la RCA; pero no existe significación estadística en la influencia directa del tiempo de evolución y número de eventos.

Valdría entonces para el médico familiar, como menciona Taylor, invitar a los familiares a participar en un “triángulo terapéutico” (paciente-familia-médico) en el abordaje del paciente postinfartado del miocardio.

Conclusiones.

De acuerdo a los resultados analizados se pueden puntualizar los siguientes aspectos:

- La tipología dada por los componentes de la estructura familiar en el grupo de pacientes con diagnóstico de post- infarto al miocardio se caracteriza por ser nuclear y extensa.
- En la funcionalidad familiar tanto con la determinación con los instrumento denominados APGAR y FACES III los datos reflejan funcionalidad aceptable.
- Todos los participantes presentan adhesión a la Rehabilitación Cardíaca ambulatoria, teniendo empatado por orden de frecuencia la categoría de completa y suficiente y en mínima parte la adhesión mínima.
- Se demostró significación estadística y puede aseverarse que la composición de la estructura y la funcionalidad familiar favorecen el grado de adhesión del paciente postinfartado del miocardio a su Rehabilitación Cardíaca Ambulatoria.

Sugerencias.

- Aprovechar el contacto cotidiano en la asistencia médica con el paciente postinfartado y su familia, para retroinformar de éstos resultados a través de su médico tratante e insistir en los beneficios de su participación en el manejo de su familiar.
- Dar cabida a la continuidad con éste enfoque a la investigación de casos y controles en pacientes con cardiopatía isquémica y grupos de riesgo cardiovascular.
- Invitar a los médicos de primer nivel a la utilización de herramientas sencillas como el APGAR y FACES III para la contextualización familiar de su paciente e identificación de redes y herramientas de apoyo en el manejo integral del mismo.
- Continuar con mayor supervisión de la que ya se realiza, la validación de la aplicación de criterios de referencia requeridos en éste tipo de pacientes.
- Implementar formalmente el programa de Rehabilitación Cardíaca en fase Ambulatoria en las actividades contempladas en el primer nivel de atención.

Bibliografía.

- 1) Taylor R.B.: Medicina de Familia Principios y Práctica. 5ª edición. Editorial Masson. España. 2002: 29-33.
- 2) Rubinstein A.: Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Editorial Panamericana. Buenos Aires. 2001: 175-193.
- 3) Farfán S.G.: PAC MF-1. 1a edición. Editorial Intersistemas editores. México. 1999: Vol. I: 24-38.
- 4) Antman N.E., Braunwald E. Infarto agudo de miocardio. En: Anthony F.S. Harrison Principios de Medicina Interna. 14ª edición. México: McGraw Hill, 1998: Vol. I: 1543-1557.
- 5) Jaffe S.A., Davidenko J. Diagnóstico de la Isquemia Miocárdica Aguda e Infarto Agudo de Miocardio. En: Crawford H.M., DiMarco P.J. Cardiología. 1ª edición. Madrid: Editorial Mosby, 2002: Vol I: 2.12.1-2.12.17 5
- 6) Berger B.P. Infarto Agudo del Miocardio. En: Rubenstein E., Federman D., editores. Scientific American Medicina. New York. Scientific American, 2003-1: vol.I: VIII.1-VIII.19.
- 7) Antman N.E., Braunwald E. Infarto agudo de miocardio. En: Anthony F.S. Harrison Principios de Medicina Interna. 14ª edición. México: McGraw Hill, 1998: Vol. I: 1543-1557.
- 8) Jaffe S.A., Davidenko J. Diagnóstico de la Isquemia Miocárdica Aguda e Infarto Agudo de Miocardio. En: Crawford H.M., DiMarco P.J. Cardiología. 1ª edición. Madrid: Editorial Mosby, 2002: Vol I: 2.12.1-2.12.17 5
- 9) Berger B.P. Infarto Agudo del Miocardio. En: Rubenstein E., Federman D., editores. Scientific American Medicina. New York. Scientific American, 2003-1: vol.I: VIII.1-VIII.19.
- 10) Winters J.K, Eisenberg R.P. Cardiopatía Isquémica. En: Ewald A.G., McKenzie R.C., editors. Manual de Terapéutica Médica. 9ª edición. México. Masson, 1996: 101-134.
- 11) Hutter A.M. Cardiopatía Isquémica: Angina de Pecho. En: Rubenstein E., Federman D., editoriales. Scientific American Medicina. Nw York. Scientific American, 2003-1: vol.I: IX.1-IX.21.

- 12) Cannon E.C., Smith C.S. Tratamiento posthospitalario del infarto agudo de miocardio. En: Crawford H.M., DiMarco P.J. *Cardiología*. 1ª edición. Madrid: Editorial Mosby, 2002: Vol I: 18.1-18.12.
- 13) Denton A.T. Fase tardía del Infarto agudo de miocardio. En: Crawford H.M., DiMarco P.J. *Cardiología*. 1ª edición. Madrid: Editorial Mosby, 2002: Vol I: 15.1-15.11.
- 14) Barry A. Franklin. New Insights in the Prescription of Exercise for Coronary Patients. *J Canadiense Nurs*. Vol 18, No 2, pp 116-123.
- 15) Current Trends in Cardiac Rehabilitation. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 02/15/97, Vol. 156 Issue 4, p527, 6p, 2 charts.9
- 16) Medscape.com. Cardiac Rehabilitation. *Harvard Heart Letter*, Jan 97, Vol 7 Issue 5.
- 17) Daly J., et al. Barriers to Participation in and Adherence to Cardiac Rehabilitation Programs: A Critical Literature Review. *Prog Cardiovasc Nurs* 17(1):8-17, 2002. Disponible en www.medscape.com
- 18) Scandinavian Simvastatin Survival Study Group. Randomized trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994; 344:1383-9.
- 19) Barry A. Franklin. New Insights in the Prescription of Exercise for Coronary Patients. *J Canadiense Nurs*. Vol 18, No 2, pp 116-123.
- 20) Dalal H.M., et al. Achieving national service framework standards for cardiac rehabilitation and secondary prevention. *BMJ* Mar 2003; 366 (1): 481-484.
- 21) Macintosh J.M., et al. Secondary prevention for coronary heart disease: a qualitative study. *British Journal of Nursing*. 2003 Nov; 12(8):4
- 22) Goyo C., et. Al.: Funcionalidad familiar en pacientes hipertensos mayores de 18 años que acuden a las consultas de medicina interna y familiar del ambulatorio tipo III "Don Felipe Ponte" de Cabudare, septiembre-diciembre 1998. Fecha 1999. Institución Universidad Centrooccidental "Lisandro Alvarado".
- 23) Morales A., et.al.: Control metabólico estrato socioeconómico y funcionalismo familiar en pacientes diabéticos tipo 2 que acuden a la consulta de Medicina Interna del Ambulatorio Urbano tipo II "Cerritos Blancos" Barquisimeto- Estado Lara Octubre 2002-Marzo 2001. Universidad Centrooccidental "Lisandro Alvarado".

- 24) Irigoyen C.A.: Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar. 1ª edición. Editorial Medicina Familiar Mexicana. México. 2002: 29-35.
- 25) Arias C.L., et. al.: El Apgar Familiar en el Cuidado Primario de la Salud. Centro privado de medicina familiar.
- 26) Gómez C.F.J., Irigoyen C.A., Ponce R.E.R., et.al.: Versión al español y adaptación transcultural de FACES III. Arch Med Fam 1999; 1:73-9.
- 27) Ponce R.E.R., Gómez C.F.J., Terán T.M., Irigoyen C.A.E., Landgrave I.S.: Validez de Constructo del Cuestionario FACES III en español (México). Disponible en e localizador web, artículo 50.967
- 28) Cerda S.M.A., et. al.: Tipos de Familias de niños y adolescentes que acuden al Instituto Nuevo Amanecer A.B.P. Disponible en página web de instituto nuevo amanecer.
- 29) Ewald A.G.: Manual de Terapéutica Médica. 9ª edición. Editorial Masson. México. 1996: 79, 521, 572.
- 30) Blackburn L.G.: The Obesity Epidemic: Prevention and Treatment of the Metabolic Síndrome. CME. Disponible en www.medscape.com

Anexo 1 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION I Y II DEL DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado: Estructura y Funcionalidad Familiar como Coadyuvantes en la Adhesión a la Rehabilitación Cardíaca Ambulatoria del Paciente Postinfartado, registrado ante el comité local de investigación médica con el número 2004 – 3515 – 005 el objetivo de este estudio es Evaluar si la estructura y la funcionalidad familiar influyen de alguna manera en la adhesión del paciente postinfartado a la Rehabilitación Cardíaca ambulatoria.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en que se me realice una historia clínica, se me apliquen instrumentos para la funcionalidad familiar a mí y a las personas con las cuales vivo; así mismo se me realizarán preguntas acerca de las personas con las cuales vivo y posteriormente se analizará mi expediente clínico. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos , inconvenientes, y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Riesgos: Ninguno

Inconvenientes: Inversión de tiempo para la realización de mi historia clínica y la contestación de los instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar aplicados a mi persona y las que vivan conmigo al momento del estudio.

Beneficios: El propósito es que se logre investigar si la familia influye en que los pacientes que han sufrido infarto al miocardio se adhieran a su rehabilitación cardíaca ambulatoria, lo cual servirá en un futuro para encaminar las acciones del médico familiar buscando un mayor beneficio para estos pacientes.

El investigador principal se ha comprometido a darle información oportuna así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto

El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificarán en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente.

Nombre, matrícula y firma del investigador

Testigo

Testigo

Lugar y Fecha: _____

Anexo 2.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UMF 94.
INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Nombre: _____ No. De filiación: _____ Consultorio: _____
Turno: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Número de integrantes de la familia: _____ Fecha de elaboración: _____

1. Sexo: Femenino Masculino
2. Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Unión Libre
3. Escolaridad: Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Técnica Profesional
4. Ocupación: Hogar Jubilado Obrero Técnico Profesional
5. Edad cumplida: _____

6. Fecha en la que sufrió el infarto (en caso de ser más de uno anotar la fecha del primero): _____
7. Número de meses transcurridos entre el primer infarto y la fecha del estudio: _____
8. Número de infartos: _____

9. Acude a citas programadas por MF: Sí No
10. Le dieron indicación acerca de la dieta que debería de seguir: Sí No 11. Sigue las indicaciones: Sí No
12. Le han indicado la realización de ejercicio o actividad física: Sí No 13. Sigue las indicaciones: Sí No
14. Fuma o fumó: Sí No 15. Le indicaron dejar de fumar: Sí No 16. Dejo de fumar: Sí No
17. Es diabético: Sí No 18. Última glicemia en expediente: ___/___/___ Cifra _____ 19. Es < o = de 139mg/dl
Sí No
20. Es hipertenso: Sí No 21. Última TA en el expediente: ___/___/___ Cifra _____ 22. Es < o = de 139/89
Sí No

23. Dislipidemia: Sí ___ No ___ 24. Última cifra de colesterol exp ___ / ___ / ___ Cifra ___ 25. Es < o = 239 mg/dl
 Sí ___ No ___

26. Último registro en el expediente de: Peso ___ kg. Talla ___ m. ___ / ___ / ___ IMC ___ 27. Esta entre 20-25
 Sí ___ No ___

28. Adhesión a la rehabilitación cardíaca ambulatoria:

Sin adhesión ___ Mínima adhesión ___ Suficiente adhesión ___ Adhesión Completa ___

29. Estructura Familiar: Nuclear: ___ Extensa ___ Extensa Compuesta ___

30. Funcionalidad APGAR: Funcional: ___ Disfunción leve ___ Disfunción Moderada ___ Disfunción severa ___

31. Cohesión FACES III: Aglutinados ___ Relacionados ___ Semirelacionados ___ No relacionados ___

32. Adaptabilidad FACES III: Caótica ___ Flexible ___ Estructurada ___ Rígida ___

33. Tipo de familia FACES III: Balanceada ___ Mod. Balanceada ___ Rango medio ___ Extremas ___

Anexo 4.

APGAR.

	Nunca	Casi nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa y el dinero.					
Me satisface cómo mi familia discute sus problemas y la forma en la que participo yo en la resolución de ellos.					

Traducido y adaptado de Smilksten G por Liliana Arias C.

	Puntos
Nunca:	0
Casi nunca:	1
Algunas veces:	2
Casi siempre:	3
Siempre:	4

Calificación de APGAR.

	Puntos
Buena función familiar	18 a 20
Disfunción familiar leve	14 a 17
Disfunción familiar moderada	10 a 13
Disfunción familiar grave	Igual o menor de 9

(24)

Anexo 5

FACES III.
David H. Olson

Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre sí.
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia
8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos
11. Nos sentimos muy unidos
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente
14. En nuestra familia las reglas cambian.
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad
19. La unión familiar es muy importante
20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar

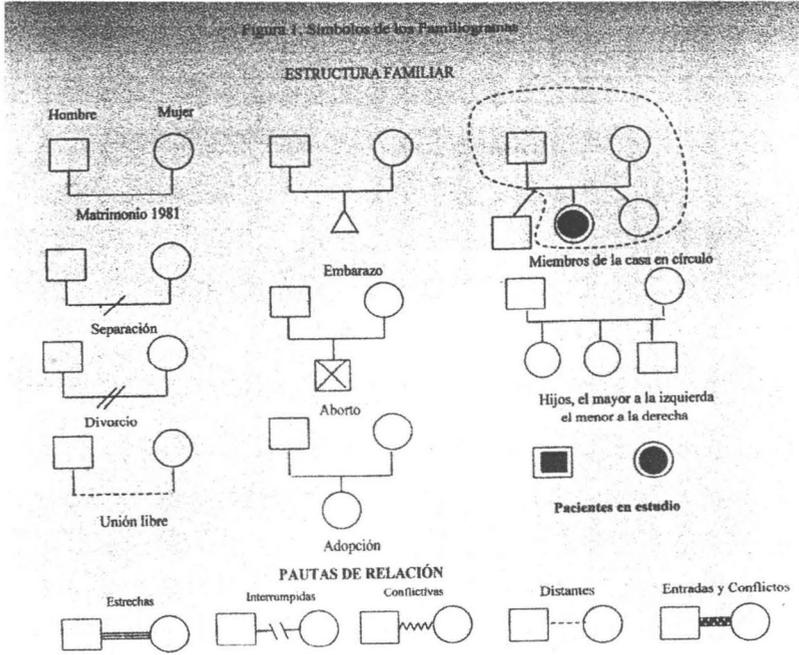
FACES III: Puntaje lineal e interpretación.

Cohesión		Adaptabilidad			Tipo de familia		
8	50 48	Aglutinados	8	50 41	Caótica	8	Balanceada
7	47 45	Relacionados	7	40 30	Flexible	7	Moderadamente Balanceada
6	44 43		6	29 27		6	
5	42 41	Semirelacionados	5	26 25	Estructurada	5	Rango Medio
4	40 38		4	24 23		4	
3	37 35	No relacionados	3	22 20	Rígida	3	Extremas
2	34 25		2	19 15		2	
1	24 10		1	14 10		1	

(26,27,28)

Anexo 6.

Genograma.



(24)